

inflammatoire; et en cataplasmes émollients lorsque cet engorgement est prononcé. Si l'inflammation est médiocre, elle se termine ordinairement par résolution; lorsqu'elle est intense, elle peut être suivie de suppuration, et même de gangrène. Dans le cas de suppuration, on doit pratiquer de bonne heure les incisions nécessaires pour prévenir le croupissement du pus dans l'articulation et dans ses environs; dans le cas de gangrène, on emploie tous les moyens propres à en arrêter les progrès; mais malgré leur usage, elle gagne quelquefois toute la cuisse avec une telle rapidité, que le malade succombe très-promptement, et qu'on n'a pas même la ressource de l'amputation du membre, opération qui deviendrait absolument nécessaire si les progrès de la mortification s'arrêtaient, et si la nature posait une ligne de démarcation entre le mort et le vif, dans un lieu où le retranchement du membre serait encore praticable. C'est vraisemblablement cette promptitude avec laquelle la gangrène s'empare du membre, dans quelques cas de luxations complètes du tibia, qui a fait mettre en question si ces luxations ne devaient pas être mises au nombre des cas qui exigent sur-le-champ l'amputation. Un chirurgien prudent ne se décidera à pratiquer cette opération immédiatement après l'accident que lorsque le délabrement de l'articulation sera tel, que la gangrène du membre doit en être la suite inévitable; et ce cas se rencontre très-rarement.

§ 2. — Des luxations du péroné.

En considérant la manière dont les extrémités du péroné s'articulent avec le tibia, on est porté à croire que les luxations du premier de ces os sont absolument impossibles. C'est sans doute là l'idée que se sont formée de ces luxations la plupart des auteurs de traités *ex professo* sur les maladies des os, et de traités généraux de chirurgie, puisque très-peu en ont parlé, et que ceux qui en ont fait mention en ont raisonné plutôt comme d'une chose qui ne paraissait pas absolument impossible, que comme d'une maladie qu'ils avaient vue.

Articulé supérieurement avec le tibia par une facette plate, couverte d'un cartilage lisse, le péroné est susceptible de légers mouvements de glissement de devant en arrière et de derrière en devant. Il pourrait se luxer dans ces deux sens si, plus volumineux que dans l'état ordinaire, il donnait prise aux puissances extérieures capables de le déplacer. Il serait facile de reconnaître ces luxations à la tumeur

que formerait la tête du péroné dans un lieu différent de celui qu'elle occupe naturellement, à moins qu'un gonflement considérable des parties molles ne masquât entièrement cette portion de l'os. La réduction de ces luxations serait facile: il suffirait pour l'opérer de pousser l'extrémité supérieure du péroné en sens contraire du déplacement. On maintiendrait la réduction au moyen d'un bandage roulé dont la compression sur l'extrémité du péroné serait rendue plus forte du côté de la luxation par des compresses languettes assez épaisses et une attelle placées de ce côté, le long de l'os.

L'articulation de l'extrémité inférieure du péroné avec le tibia est si serrée qu'elle ne permet à la malléole externe de se mouvoir qu'autant que les ligaments qui l'affermissent peuvent s'y prêter, en cédant à la pression de l'astragale, lorsque le pied est fortement renversé en dedans ou en dehors; mais si ces ligaments, ainsi que ceux qui entourent l'articulation supérieure, sont relâchés, et si, en même temps, les surfaces de cette dernière ont une direction qui les rapproche davantage de la ligne verticale, dans un renversement violent du pied en dehors, le péroné, au lieu de se fracturer dans son extrémité inférieure, comme il arrive ordinairement, pourra glisser en totalité de bas en haut, de manière que son extrémité inférieure remontera un peu, tandis que la facette articulaire de son extrémité supérieure se portera au-dessus de celle du tibia qui lui correspond, et l'abandonnera en partie ou en totalité. Nous avons observé une luxation de cette espèce, suite d'une luxation du pied en dehors. Ces deux luxations furent réduites en même temps; en ramenant le pied dans sa rectitude naturelle, le péroné rentra aussi dans sa place accoutumée: le tout fut traité et contenu suivant les principes ordinaires, et le malade guérit en conservant un peu de roideur dans l'articulation. L'espèce de déplacement dont je viens de parler, aussi rare que singulier, est le seul dont l'extrémité inférieure du péroné soit susceptible; les luxations en devant et en arrière de cette extrémité de l'os paraissent absolument impossibles.

ARTICLE XVIII.

Des luxations du pied.

Pour faciliter l'intelligence de ce que nous avons à dire sur les luxations du pied, il convient de rappeler en peu de mots la manière dont le pied s'articule avec la jambe et le mécanisme de ses mouvements. L'astragale est reçu dans une cavité quadrilatère formée par les extrémités inférieures du tibia et du péroné; il remplit exactement l'intervalle qui se trouve entre les deux prolongements osseux connus sous le nom de malléoles, et dont l'externe descend un peu plus bas que l'interne. Cette articulation ginglymoïde est environnée d'une capsule très-mince et singulièrement fortifiée par un ligament latéral interne, large et épais, par trois ligaments latéraux externes et par les tendons des muscles extenseurs et fléchisseurs du pied et des orteils. Cette articulation ne permet d'autres mouvements que ceux de flexion et d'extension. L'astragale, retenu sur les côtés par les malléoles et par les ligaments latéraux, ne peut se mouvoir en dedans et en dehors qu'autant que les ligaments très-forts et très-serrés qui unissent l'extrémité inférieure du tibia avec celle du péroné se prêtent à ces mouvements, qui sont toujours extrêmement bornés. Cependant le pied exécute des mouvements latéraux en vertu desquels sa face inférieure est tournée alternativement en dedans et en dehors; mais ces mouvements ne se passent pas dans son articulation avec la jambe: ils ont lieu dans celle de l'astragale avec le scaphoïde et le calcanéum, et dans celle de ce dernier avec le cuboïde. Le mouvement par lequel la plante du pied est tournée en dedans, et son bord interne en haut, est plus facile et plus étendu que celui en sens inverse. Il est aisé de voir, par ce que nous venons de dire, que, dans le renversement violent du pied en dedans ou en dehors, l'effort est supporté par l'articulation du tibia et du péroné avec l'astragale, et par celle de l'astragale avec le calcanéum et le scaphoïde: aussi remarque-t-on quelquefois que la luxation de l'astragale sur les os de la jambe est compliquée de celle du même os sur le calcanéum et le scaphoïde; et si cette complication n'a pas lieu plus souvent, cela est dû, sans doute, à la force des ligaments qui unissent ces derniers os entre eux.

Le pied peut se luxer en dedans, en dehors, en arrière et en de-

vant. Dans quelque sens que la luxation ait lieu, elle peut être incomplète ou complète, simple ou compliquée; les luxations en devant et en arrière sont beaucoup plus rares que celles en dehors et en dedans. Cette dernière est la plus fréquente.

La fréquence de la luxation en dedans s'explique aisément par la direction du tibia, dont l'axe est un peu oblique de haut en bas et de dehors en dedans, sur la face supérieure de l'astragale, et par la disposition de la malléole interne qui, descendant moins bas que l'externe, permet plus facilement à l'astragale de sortir de la cavité qui le reçoit par son côté interne que par l'externe. Dans cette luxation, l'astragale est renversé de manière que la facette articulaire de son côté interne, qui touche, dans l'état naturel, à la malléole interne, est tournée en bas et se trouve au-dessous de cette éminence, tandis que sa face supérieure est tournée en dedans et l'externe en haut; la malléole externe est très-rapprochée du bord externe du pied, qui s'est élevé pendant que son bord interne s'est abaissé. Ce changement de direction de l'astragale est plus ou moins considérable, suivant le degré auquel le déplacement est porté. Dans la luxation en dehors, la direction de l'astragale est changée en sens contraire; en sorte que la face supérieure est devenue externe, l'interne supérieure, et l'externe inférieure.

Les luxations latérales du pied peuvent être simples ou compliquées; elles sont simples lorsque les ligaments qui entourent l'articulation ont cédé sans se rompre, ou que leur rupture est peu considérable, et que les autres parties molles n'ont éprouvé que le tiraillement et la distension inséparables de la luxation d'une articulation ginglymoïde. Les déplacements latéraux du pied peuvent être compliqués du déchirement des ligaments articulaires, de l'écartement du péroné et de l'allongement forcé des ligaments, de la fracture des malléoles, de la sortie de l'astragale ou de celle de l'extrémité inférieure du tibia à travers la peau déchirée, enfin de la luxation de l'astragale sur le calcanéum et le scaphoïde. Dans cette dernière complication, tantôt les téguments ont conservé leur intégrité, et les ligaments qui unissent l'astragale au scaphoïde n'ont éprouvé que le degré de déchirement nécessaire pour permettre le renversement du premier de ces os; tantôt, au contraire, ces ligaments sont presque tous déchirés, ainsi que les téguments, en sorte que l'astragale ne tient plus aux autres os du pied et à ceux de la jambe que par quelques débris ligamenteux, et

qu'il peut être enlevé facilement. On a vu aussi quelquefois cet os fracturé dans l'endroit où sa tête s'unit avec son corps, de manière que cette dernière partie était presque entièrement isolée et pouvait être emportée avec facilité. Ces différentes complications sont communes à la luxation en dedans et à celle en dehors; cependant la fracture des malléoles et la luxation de l'astragale sur le scaphoïde et le calcaneum s'observent plus fréquemment dans la première que dans la dernière.

Les luxations latérales du pied arrivent dans le renversement de cette partie en dedans ou en dehors; mais pour que la puissance qui cause ce renversement produise la luxation, il faut qu'elle agisse avec assez de force pour surmonter la résistance des ligaments latéraux et celle des malléoles; aussi ces luxations n'ont-elles guère lieu que dans les chutes d'un endroit plus ou moins élevé, lorsqu'un des bords du pied porte à faux, ou lorsque cette partie est violemment poussée d'un côté par une force quelconque, tandis que le poids du corps, ou toute autre cause, entraîne la jambe du côté opposé.

L'impossibilité de mouvoir le pied et la difformité suffiraient seules pour faire reconnaître les luxations latérales de l'articulation tibio-tarsienne: dans celle en dedans, le pied est renversé de manière que sa face supérieure est tournée en dedans et l'inférieure en dehors; son bord interne est dirigé en bas, et l'externe en haut; l'astragale forme au-dessous de la malléole interne une tumeur qui soulève la peau. Dans la luxation en dehors, le pied est renversé dans l'adduction, de manière que sa face plantaire est dirigée en dedans, et la dorsale en dehors; l'astragale forme une éminence plus ou moins considérable au-dessous de la malléole externe. Ces changements de direction du pied sont si apparents qu'il est impossible de méconnaître la luxation, lors même qu'il est déjà survenu un gonflement considérable. Ce gonflement peut pourtant rendre difficile le diagnostic des différentes complications dont les luxations latérales du pied sont susceptibles: on ne saurait donc donner trop d'attention à toutes les circonstances propres à les faire connaître. On juge que les malléoles sont fracturées par leur mobilité et par la crépitation qui se fait entendre lorsqu'on les comprime; cependant la fracture de la malléole externe qui accompagne souvent la luxation en dedans est quelquefois tellement masquée par le gonflement des parties molles, qu'il est impossible de la reconnaître. Dans le cas de doute, on doit se conduire

comme si la fracture était évidente, et mettre en usage les moyens propres à empêcher la déviation consécutive du pied en dehors. La complication de diastasis dans la même espèce de déplacement est indiquée par la mobilité de l'extrémité inférieure du péroné, lorsque la luxation est réduite. La vue seule suffit pour faire connaître la sortie du tibia ou de l'astragale par une déchirure de la peau, et la luxation de ce dernier os sur le calcaneum et le scaphoïde.

Si l'on se rappelle ce que nous venons de dire de la solidité de l'articulation de l'astragale avec les os de la jambe, et de la violence de l'effort nécessaire pour produire les luxations latérales du pied, on ne sera pas surpris du pronostic fâcheux que les auteurs s'accordent à porter sur ces maladies. On conçoit que l'astragale ne peut sortir de la cavité dans laquelle il est reçu, sans que les ligaments et les autres parties molles qui environnent l'articulation éprouvent une distension très-grande, et quelques-uns même une rupture plus ou moins étendue. De là l'engorgement inflammatoire qui accompagne ordinairement ces luxations, et qui, suivant son intensité et la rapidité de ses progrès, peut faire périr le malade, ou conduire à la nécessité de l'amputation: dans les cas les moins graves, on a toujours à craindre la raideur de l'articulation ou même son ankylose. Dans d'autres circonstances, les ligaments conservent après la luxation une faiblesse qui les met dans l'impossibilité de résister aux efforts qu'ils sont destinés à soutenir, en sorte que le déplacement récidiverait avec la plus grande facilité si le malade ne faisait usage d'un moyen mécanique propre à soutenir le pied sur les côtés.

Cependant, toutes les luxations latérales ne sont pas également fâcheuses: les incomplètes sont beaucoup moins dangereuses que les complètes; elles guérissent même souvent en très-peu de temps, sans qu'il reste aucune faiblesse dans l'articulation, ni aucune gêne dans les mouvements de cette partie. Entre les luxations complètes, celles qui sont accompagnées de fracture ne sont pas toujours les plus fâcheuses, pourvu toutefois que la fracture soit simple, c'est-à-dire sans éclat de l'os; que les pièces fracturées ne soient pas considérablement écartées, et surtout qu'elles n'aient point fait de plaies à la peau. Ceci paraîtra peut-être un paradoxe; c'est néanmoins une vérité que l'expérience confirme tous les jours, et dont il est même facile de rendre raison. Il est constant que, quand l'astragale est chassé de sa cavité, si une partie de la force qui pousse cet os n'est pas employée à frac-

turer l'une ou l'autre malléole, elle agira tout entière sur les parties molles de l'articulation; les ligaments, la capsule, les tendons, etc., en seront plus rudement déchirés; la peau pourra être même percée par l'astragale; dans ce cas, le renversement du pied sera si grand, que la partie supérieure de cet os se montrera totalement à découvert, et se trouvera comme étranglée dans l'ouverture des téguments; il ne sera pas possible alors de la replacer sans faire des incisions; enfin, les parties peuvent souffrir à un point tel que le délabrement soit irréparable, comme il est arrivé dans les cas cités par J.-L. Petit, dans son *Traité des maladies chirurgicales*, et qui ont fait conclure à ce célèbre praticien que le plus sage parti à prendre en pareille circonstance est de réduire d'abord la luxation, et ensuite de tenter tout ce qui peut prévenir les accidents, avant de se déterminer à l'amputation; mais que s'ils commencent à paraître, il ne faut pas attendre qu'ils soient portés à un certain degré pour recourir à cette opération, le moindre délai dans ce cas pouvant être funeste. Mais il est prouvé par des observations beaucoup plus nombreuses, que les luxations latérales du pied, qui, à cause du délabrement énorme des parties molles, de la fracture du péroné, ou du tibia, ou bien encore de la sortie d'une portion osseuse à travers la peau, semblaient devoir produire les accidents les plus graves et faire périr les malades, ont eu une terminaison heureuse. Il est donc évident qu'ici, en suivant les préceptes donnés par J.-L. Petit, on amputerait souvent, sans nécessité, un membre dont la conservation est encore possible.

Les luxations latérales du pied, compliquées de celle de l'astragale sur le calcanéum et le scaphoïde, et de la sortie du premier de ces os par une plaie des téguments, sembleraient devoir produire les accidents les plus formidables et conduire à la nécessité de l'amputation; cependant on connaît un assez grand nombre d'exemples de ces luxations, dans lesquelles on a enlevé l'astragale, et dont les malades sont guéris. Il semble même, comme nous le dirons par la suite, que l'extraction de cet os soit une circonstance propre à prévenir l'engorgement inflammatoire, ou à le diminuer lorsqu'il est déjà survenu.

Les luxations latérales du pied doivent être réduites le plus promptement possible, sans quoi il survient un gonflement inflammatoire qui rend la réduction douloureuse et difficile. Pour opérer cette réduction, on fait coucher le malade, un aide embrasse la partie inférieure de la jambe avec ses deux mains pour faire la contre-exten-

sion; un autre aide, vigoureux et intelligent, saisit le pied avec ses deux mains pour faire l'extension. Au défaut d'un aide sur l'intelligence duquel on puisse compter, le chirurgien s'emparera lui-même du pied pour faire l'extension: les aides étant disposés comme il vient d'être dit, celui qui est chargé de la contre-extension la fera suivant la direction même de la jambe, tandis que celui qui fait l'extension agira d'abord sur le pied, suivant la direction que le déplacement lui a donnée, et ensuite, lorsqu'il s'apercevra que les ligaments et les tendons cèdent, il lui imprimera un mouvement en sens contraire de celui qui a eu lieu pendant le déplacement. Cette manœuvre suffit ordinairement pour opérer la réduction; si elle était insuffisante, le chirurgien seconderait les efforts de l'aide qui est chargé de l'extension, en agissant différemment selon l'espèce de luxation. Si le pied est luxé en dehors, le chirurgien embrasse le bas de la jambe près des malléoles avec une main, le pouce étant situé au-dessus de la malléole externe, et dans le même temps qu'il pousse le bas du membre en dedans, il tourne la plante du pied en dehors. Il se conduit d'une manière opposée pour la luxation en dedans.

Quand la luxation est réduite, on entoure l'articulation avec des compresses languettes, imbibées d'une liqueur résolutive, que l'on soutient au moyen d'une bande roulée, disposée circulairement en 8 de chiffre autour de l'articulation, en passant alternativement la bande de dessus le pied sous la plante, et de la plante sur le pied, jusqu'à ce qu'elle soit tout employée; on place ensuite des paillassons de balle d'avoine et des attelles de bois sur les côtés du membre, et on les fixe avec des liens, comme dans la fracture de la jambe, afin de maintenir le pied dans sa rectitude naturelle.

Dans toutes les luxations latérales du pied, même les plus simples, on doit craindre le développement de l'inflammation, et s'attacher à la prévenir. Dans cette vue on pratique des saignées plus ou moins répétées, suivant l'âge et les forces du malade; on prescrit une diète sévère, des boissons délayantes et rafraichissantes. S'il ne survient ni douleur ni engorgement, on continue l'usage des fomentations résolutives; on renouvelle l'appareil tous les cinq ou six jours, et aussitôt que l'état des parties le permet, on commence à faire exécuter de légers mouvements au pied pour prévenir la roideur de l'articulation. S'il survient du gonflement et de la douleur, on insiste sur les saignées; on applique des sangsues autour de l'articulation, et l'on sub-

située les cataplasmes émollients et anodins aux fomentations résolutive, pour revenir à ces dernières lorsque l'engorgement est dissipé. On ne doit permettre au malade de se lever et de marcher que quand les ligaments distendus ou déchirés sont consolidés ou raffermis, ce qui n'a lieu ordinairement qu'au bout d'un mois ou six semaines. Nous pourrions rapporter ici, à l'appui de ces assertions, plusieurs observations de luxations latérales du pied où la marche de la maladie a eu lieu comme nous venons de le dire; mais les détails de ces faits, en allongeant cet article, n'apprendraient que ce qui est à la connaissance de tous les praticiens.

Lorsque ces luxations sont compliquées de la diastase des os de la jambe, on doit exercer sur l'extrémité inférieure de ces os une compression assez forte pour les tenir pressés l'un contre l'autre, et la continuer pendant tout le temps nécessaire à la consolidation des ligaments déchirés.

Les luxations latérales du pied, compliquées de la fracture de l'extrémité inférieure du péroné, méritent une attention toute particulière. Lorsque la fracture est méconnue, soit faite de recherches suffisantes pour la reconnaître, ou parce que l'engorgement inflammatoire qui est survenu a empêché de la découvrir, si on réduit la luxation sans maintenir ensuite le pied sur les côtés, il s'ensuit qu'abandonné à lui-même, et l'astragale n'étant plus retenu par la malléole externe, le pied est entraîné en dehors par l'action des muscles; la luxation se reproduit insensiblement; et si l'on s'aperçoit trop tard de ce déplacement consécutif, il devient impossible d'y remédier, et le malade reste estropié. On conçoit en effet que, dans cet état du pied, la ligne de direction du poids du corps, ne tombant plus perpendiculairement sur la face supérieure de l'astragale, et cet os n'étant plus retenu solidement en dehors par la malléole externe, comme nous venons de le dire, le malade ne peut marcher qu'avec la plus grande difficulté, et en faisant usage d'un moyen mécanique propre à soutenir le pied sur les côtés. La déviation lente et graduelle de l'astragale, dans le cas dont nous parlons, est accompagnée quelquefois d'un autre accident très-grave; je veux dire de l'inflammation, de l'ulcération et même de la mortification de la peau dans l'endroit où elle est soulevée et tendue par la tumeur que la poulie articulaire de l'astragale forme au-dessous de la malléole interne. Si l'ulcération pénètre jusqu'à l'articulation, l'action de l'air sur les sur-

faces articulaires et sur la membrane synoviale peut donner lieu à des accidents qui entraînent la perte du membre, ou même celle du sujet.

Pour prévenir les accidents qui peuvent résulter de la complication de la luxation du pied avec la fracture de l'extrémité inférieure du péroné, on se conduira de la manière suivante: après avoir réduit la luxation, on maintiendra le pied dans sa rectitude naturelle, en disposant sur les côtés du membre deux attelles, dont l'externe s'étendra au delà de la plante du pied, tandis que l'interne ne dépassera pas la malléole; on donnera au remplissage, dans l'endroit qui correspond au bord externe du pied, une épaisseur telle, que la compression de l'attelle soit plus forte dans cet endroit-là que partout ailleurs. On peut, pour concourir au même but, se servir d'une bandelette dont on pose le milieu sur le bord externe du pied, et dont les extrémités, conduites l'une sur le dos et l'autre sous la plante de cette partie, sont fixées ensemble avec des épingles sur la partie interne de l'appareil. Si le gonflement inflammatoire s'opposait d'abord à l'emploi de ces moyens, et qu'il durât assez de temps pour faire craindre qu'après sa disparition le péroné ne fût fixé dans une mauvaise position, ce qui le rendrait par la suite incapable de servir de borne et d'appui à l'astragale, il faudrait en prévenir les parents du malade, ou le malade lui-même, afin qu'on n'imputât pas au chirurgien ce qui dépendrait de la nature même de la maladie.

Si les luxations dont nous traitons sont compliquées de la rupture de la plupart des ligaments, de celle des tendons et de la peau, de la sortie de l'astragale, ou de l'extrémité inférieure du tibia par une plaie des téguments, on doit examiner si le désordre est tel que l'amputation du membre soit la seule ressource pour sauver la vie du malade, ou si l'on peut, sans compromettre son existence, tenter la conservation du membre: ce cas est un de ceux où les plus grandes lumières, jointes à une expérience consommée, suffisent à peine pour décider le parti le plus convenable qu'il y ait à prendre. Lorsqu'après avoir mûrement examiné et pesé toutes les circonstances de la maladie, le chirurgien juge que la perte du membre est inévitable, et que l'amputation est le seul moyen de conserver le malade, il doit la pratiquer sur-le-champ. Si l'on différât l'opération, le développement des accidents la rendrait presque toujours inutile, et le malade y succomberait. Voici les règles à suivre dans le cas où l'on juge la conservation du membre possible.

Lorsque l'astragale est sorti par la plaie des téguments, et qu'il est comme étranglé par l'ouverture qui lui donne passage, de façon qu'il est impossible de le replacer, on doit agrandir l'ouverture par une incision, et lui donner une étendue suffisante pour rendre facile le remplacement de l'os. On doit tenir la même conduite lorsque c'est l'extrémité inférieure du tibia qui se montre au dehors, et que l'ouverture des téguments n'est pas assez grande pour lui permettre de rentrer dans sa place naturelle.

Lorsque la luxation du pied est accompagnée de celle de l'astragale sur le calcanéum et le scaphoïde, que le premier de ces os s'est échappé presque totalement par une plaie large des téguments, et que les ligaments qui l'unissent aux deux autres sont tellement déchirés qu'ils ne tiennent plus que par quelques faisceaux ligamenteux, le parti le plus sage est de faire l'extraction de cet os, en coupant avec le bistouri ou des ciseaux les portions ligamenteuses par lesquelles il tient encore. Dans ce cas, l'astragale doit être considéré en quelque sorte comme un corps étranger qui ne pourrait plus reprendre sa place, encore moins se réunir avec les autres parties du pied, et dont la présence serait une source d'accidents graves. Le moyen le plus sûr de prévenir ces accidents, ou de les faire disparaître lorsqu'ils se sont déclarés, c'est d'emporter cet os. Après l'ablation de l'astragale, le tibia se rapproche du calcanéum, les parties molles qui environnent l'articulation éprouvent un relâchement qui apaise les douleurs et la tension inflammatoire. Le vide énorme qui résulte de cette extraction diminue promptement; les surfaces articulaires du tibia, du péroné et du calcanéum, se couvrent bientôt de bourgeons charnus qui se réunissent; les os de la jambe se soudent avec le calcanéum, et le malade guérit à la faveur de cette soudure. A la vérité, les mouvements du pied sont abolis, et le membre perd une partie de sa longueur, égale à la hauteur de l'astragale; mais ces inconvénients sont légers en comparaison des accidents sans nombre auxquels on exposerait le malade en voulant conserver cet os.

Les avantages de l'extraction de l'astragale, dans le cas dont il est question, sont mis hors de doute par un grand nombre d'observations. Fabrice de Hilden (1) rapporte qu'un ministre ayant sauté d'une chaus-

(1) Cent. II, obs. 67.

sée de trois pieds de haut, l'astragale fut totalement déplacé, avec plaie extérieure; comme il ne tenait que par quelques fibres, le chirurgien l'enleva, et mit en usage tous les moyens propres à combattre les accidents, ce qu'il fit avec un tel succès, que le malade guérit et put marcher sans bâton; ce qui n'eut lieu pourtant qu'à la longue, et avec de grandes difficultés. M. Aubray (1), chirurgien en chef en survivance de l'hôtel-Dieu de Caen, nous a conservé l'exemple d'une luxation du pied, avec fracture de l'astragale, dans laquelle, au neuvième jour de l'accident, après avoir fait sur les malléoles des scarifications profondes et l'extraction de quelques esquilles du péroné, il fut fort étonné d'apercevoir l'astragale hors de sa place, présentant sa poulie et faisant un angle droit avec le tibia: il se décida sur-le-champ à débrider largement, avec toutes les précautions qu'exigeait le voisinage des parties essentielles qui entourent l'articulation, et isola pour ainsi dire cet os, qui lui parut alors fracturé dans le milieu de l'apophyse antérieure qui l'unit au scaphoïde. Ce débridement fut suivi d'une diminution notable des accidents. Deux jours après, M. Aubray enleva l'astragale en détruisant les adhérences capsulaires et ligamenteuses qui le retenaient encore. Le jour suivant, la fièvre et l'engorgement diminuèrent considérablement; quelques fusées purulentes, auxquelles on donna jour par autant de contre-ouvertures, furent les seuls accidents qui traversèrent la cure qui fut complète au bout de trois mois, moyennant l'ankylose du pied, ce qui n'empêcha pas le malade de pouvoir marcher avec aisance et sans appui.

Nous avons entendu dire à Ferrand, chirurgien en chef de l'hôtel-Dieu de Paris, qu'il avait fait avec succès l'extraction de l'astragale, à la suite d'une luxation du pied, compliquée de la sortie de cet os par une plaie de la peau, sur un officier invalide qui, après sa guérison, portait cet os dans sa poche, et le montrait comme une preuve de la gravité de sa blessure.

Le célèbre Desault a pratiqué trois fois cette extirpation avec succès dans des cas semblables. L'un des trois malades (c'était une femme âgée d'environ cinquante ans) mourut néanmoins, deux mois après l'accident, des suites d'une fièvre d'hôpital. Chargé par Desault de faire la dissection du membre, je remarquai que le tibia était déjà soudé

(1) *Journal de médecine*, t. xxxvi, p. 351.