

*Examen de l'astragale.* — Cet os avait un volume moindre qu'il n'a généralement. Une portion de sa face postérieure avait été brisée, rompue pendant l'extraction; elle était restée dans la plaie, ankylosée avec le calcanéum. D'après la disposition de cet os, avant et pendant l'extraction, on reconnut que dans le mécanisme du déplacement il avait éprouvé un mouvement de version tel, que la face supérieure était en dehors et devenue externe; c'était elle qui se dessinait sous la peau, ainsi que la face interne, qui était devenue supérieure. La face inférieure de l'astragale était devenue interne, et la face externe inférieure.

Une heure après l'opération, coloration de la face, mouvements spasmodiques dans les muscles de la jambe, douleurs vagues dans l'abdomen, agitation, pouls petit. — Prescription. Tilleul, org., potion antispasmodique. Le soir, persistance des mêmes symptômes. — Lavement avec assa-fœtida huit grains; saignée.

Le lendemain, continuation des symptômes nerveux, deux syncopes dans la soirée; plus de douleurs dans l'abdomen; pouls petit, fréquent; douleurs modérées dans la plaie. Même prescription. Bouillons pour aliments.

Le deuxième jour, même état. Le soir, frisson pendant une demi-heure, douleurs vagues dans l'abdomen; il était souple et mou; spasmes dans les muscles de la jambe, douleur vive dans la plaie. — Fomentations sur le ventre, application de sangsues sur l'abdomen, si les douleurs persistaient. Troisième jour, les sangsues ont été appliquées sur l'épigastre; persévérance du mal de tête, de la douleur à l'épigastre; pouls toujours petit et un peu fréquent; écoulement involontaire des urines; spasmes moins fréquents des muscles de la jambe; douleur moins vive dans la plaie. On enlève la charpie extérieure; on applique un cataplasme émollient sur la plaie. — Prescription. Till., org., potion calmante; potages. Quatrième jour, insomnie pendant la nuit, causée par les douleurs ressenties dans la plaie, dans la jambe; on lève l'appareil. La plaie est blanchâtre, la suppuration non encore établie, le gonflement inflammatoire peu considérable

et borné à la plaie; selles nulles depuis l'opération. Même prescription que celle de la veille, demi-lavement émollient, pansement avec un plumasseau enduit de digestif animé, un cataplasme émollient par-dessus. Le cinquième jour, plus de spasmes, peu de douleur dans la plaie, suppuration louable. Sixième jour, douleurs plus vives dans la plaie. Du reste, même état. Le septième jour, la plaie était rouge, du plus bel aspect. En abandonnant le pied à lui-même, il se portait dans l'adduction, d'où résultait un tiraillement douloureux dans la plaie et l'écartement de ses bords, qui cessaient lorsqu'on ramenait le pied en dehors; en même temps, on rapprochait les lèvres de la plaie. Pansement avec un plumasseau de charpie, un cataplasme émollient par-dessus. M. Dupuytren, pour maintenir le pied dans la rectitude naturelle, et l'empêcher de se porter dans l'abduction, applique sur le côté externe de la jambe son appareil des fractures du péroné, à l'aide duquel le pied est maintenu immobile, et le rapprochement des bords de la plaie invariable.

Les neuvième et dixième jours, plus de douleurs ni de tiraillements. La plaie commence à se réunir. Le vingtième jour, la malade n'éprouvait aucune douleur, le gonflement inflammatoire avait disparu; la plaie était linéaire, réunie dans un tiers de son étendue. Le trentième jour, la plaie touchait à sa cicatrisation; on cessa l'usage du bandage; le pied conservait sa rectitude ordinaire, quoique abandonné à lui-même. Le trente-deuxième jour, la malade avait des douleurs à la tête, la face rouge, les yeux vifs, injectés; ses règles n'étaient point parues. On prescrivit vingt sangsues de chaque côté du cou. Le quarantième jour, la malade allait très bien; sa plaie était entièrement cicatrisée. Elle se leva et commença à marcher dans la salle. Cet exercice fit rouvrir la cicatrice; il survint un peu de gonflement et de rougeur. On appliqua des cataplasmes émollients, et la malade garda le repos au lit.

Bientôt la plaie se cicatrisa de nouveau. M. Dupuytren fit construire par M. Delacroix un brodequin surmonté latéralement de deux tiges en acier pour prévenir les mouvements

d'adduction et d'abduction, et afin de mettre dans la progression la cicatrice à l'abri de déchirures. A l'aide de ce brodequin mécanique, la malade marcha dans les salles, et put bientôt y substituer un soulier ordinaire dont le talon était élevé d'un pouce. Lorsqu'elle sortit, elle pouvait aisément vaquer à ses occupations ordinaires.

Si l'on n'a point perdu de vue le fait d'extraction de l'astragale que nous avons rapporté page 296, dans la leçon sur la fracture et les luxations du péroné, on voit, par la nouvelle observation que nous venons de consigner ici, que l'ablation de cet os peut être suivie de guérison, sans qu'il en résulte une difformité bien sensible. L'astragale déplacé à l'ailleurs été enlevé un assez grand nombre de fois, dans les cas de luxation, avec ou sans solution de continuité aux parties molles. Déjà nous avons fait la remarque que Fabrice de Hilden (*Cent. 2, obs. 67*) avait cité le cas d'une extirpation d'astragale pratiquée avec succès. M. Aubray, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen, a donné l'histoire d'un fait analogue dans le *Journal de médecine* (tome xxxvi, page 350). La guérison eut lieu au bout de trois mois. M. Boyer (*Traité des maladies chirurgicales, tome IV*) dit avoir entendu Ferrand, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris, rapporter l'observation d'une extirpation de l'astragale, sur un officier invalide, qui guérit très bien. Desault l'a extirpé trois fois heureusement. Laumonier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, l'a également enlevé une fois, ainsi que MM. Mauduyt, Daniel, etc. Dans tous ces cas, il y avait plaie aux parties molles, comme dans celui observé par M. Velpeau. Le cas de l'extirpation de l'astragale luxé, sans qu'il y eût de plaies aux parties molles, est bien plus rare; c'est de celle-ci dont nous avons surtout voulu vous entretenir.

Il serait inutile d'entrer dans des détails minutieux sur le procédé à employer pour extirper l'astragale quand il n'y a pas de plaie aux parties molles. Une simple incision, pratiquée sur la peau et vis-à-vis le point sous lequel cet os fait saillie, le met à découvert, et on peut l'extraire facilement, soit avec les doigts, soit avec des pinces. Deux fois, dans ces

circonstances, l'opération a été pratiquée par nous, et les malades ont guéri en peu de temps et sans accidents. Il semble que dans ce cas l'astragale soit devenu un corps étranger, dont l'extraction met à l'abri de la violence des accidents inflammatoires que l'on a à redouter. Cette opération est préférable à des tentatives trop répétées de réduction. Après l'ablation de l'os, le vide qu'il laisse se comble peu à peu, et le tibia se soudant avec le calcanéum, le membre, quoique raccourci, redevient apte à soutenir le poids du corps. Nous ne prétendons pas cependant que cette extirpation soit toujours une opération innocente, et qu'elle ne puisse quelquefois se compliquer d'accidents graves, comme il arrive souvent dans les plaies des articulations; mais les faits qui nous sont propres montrent qu'elle réussit. Au reste le chirurgien peut seul décider si les inconvénients, la gêne et les suites de cette luxation ainsi réduite, sont préférables aux chances de l'ablation de l'astragale.

OBS. IV. — *Luxation de l'astragale en avant et en dehors. — Réduction. — Guérison.* — Il y a quelques mois, M. Dupuytren reçut au n° 5 de la salle Sainte-Marthe le nommé Hébert (Jean), âgé de quarante-sept ans, d'une forte constitution. Cet homme, à son entrée à l'Hôtel-Dieu, était encore plongé dans un état d'ivresse; son visage était fortement coloré. La veille, à dix heures du soir, il venait de quitter le marchand de vins chez lequel il demeurait, après de copieuses libations, et était déjà remonté au deuxième étage pour regagner sa chambre, lorsqu'il s'aperçut qu'il n'avait pas la clef. Il voulut descendre l'escalier en s'aidant de la rampe qui le garnissait; à peine avait-il franchi quelques marches que son pied gauche, s'embarrassant dans la rampe, et le poids de son corps entraînant tout-à-coup la jambe à angle droit du côté opposé, la résistance des ligaments latéraux et celle de la malléole externe furent surmontées et l'astragale violemment chassé en dehors.

A l'entrée du malade, l'impossibilité de mouvoir le pied et la difformité qui existait firent facilement reconnaître la

luxation de l'astragale. Le pied, ainsi que nous l'avons dit, était renversé dans l'adduction, de manière que sa face plantaire était dirigée en dedans et la face dorsale en dehors; dans la fracture de l'extrémité inférieure du péroné, c'est tout le contraire. L'astragale formait une éminence au-dessous de la malléole externe; cet os paraissait assez fortement enclavé entre le tibia et le calcaneum, tout en conservant encore entre ces deux os un peu de mobilité.

L'état de relâchement et d'engourdissement dans lequel notre malade était plongé, état qui lui faisait oublier ses douleurs, étant une circonstance favorable à la réduction de la luxation, M. Dupuytren le fit transporter à l'amphithéâtre, où tout étant disposé, il fut couché sur un lit, la jambe fléchie sur la cuisse pour relâcher les muscles; des aides prirent le pied pour faire l'extension. La contre-extension fut exercée sur la cuisse à l'aide d'un drap plié en cravate, dont les extrémités furent passées et retenues dans l'anneau de fer scellé dans le mur. M. Dupuytren soutint l'articulation luxée en plaçant la main de manière à pouvoir presser sur l'astragale. Les élèves chargés de l'extension ayant allongé les muscles, il put, à mesure que toutes les parties cédaient, faire exécuter au pied un mouvement d'arc de cercle par lequel la face supérieure de l'astragale fut dirigée en haut et en dedans, et peu à peu les deux bords du pied furent ramenés sur la même ligne transversale.

Soit que l'appareil appliqué immédiatement n'ait pas été convenablement serré, soit que les ligaments latéraux aient été déchirés, M. Dupuytren trouva le lendemain, à la visite, un peu de déplacement. Il voulut y remédier en plaçant sur la saillie formée par l'astragale des compresses graduées maintenues par une grande bande; mais il fut bientôt forcé d'y renoncer, car des douleurs assez vives survinrent, et il se forma une légère escarre à l'endroit où la peau soulevée était comprimée. M. Dupuytren fit alors appliquer un appareil de fracture de jambe, en ajoutant cependant une longue attelle semblable à celle employée dans la fracture du pé-

roné, mais placée au côté externe de la jambe et destinée à maintenir le pied dans sa rectitude naturelle. Ce pansement fut couronné de succès; toutes les douleurs disparurent, et dès ce moment le malade a marché vers une rapide guérison (1).

Chez ce malade, comme chez celui de la deuxième observation, la réduction a été assez facile. Nous avons, dans l'observation d'Aldebert, montré la conduite que le chirurgien doit tenir lorsque les ligaments qui unissent le calcaneum et le scaphoïde sont distendus et déchirés, et que l'astragale sort presque par la plaie qui existe aux téguments. Mais quand il n'y a pas de plaie à la peau, doit-on, à l'exemple de Desault, pour parvenir à la réduction de la luxation, pratiquer une incision pour mettre les parties à découvert, diviser les ligaments et remettre ensuite l'astragale à la place qu'il vient d'abandonner. M. Dupuytren trouve plus rationnel de l'extraire; car cet os, privé de tous ses moyens d'union avec les os voisins, peut devenir corps étranger, et par sa présence déterminer des accidents qui exigent le sacrifice du membre. Nos lecteurs liront sans doute avec plaisir l'extrait de l'observation de Desault, recueillie par Lèveillé.

Jean-Baptiste Landrin, postillon, âgé de trente-six ans, fut apporté à l'Hôtel-Dieu le 19 février 1791. Le matin, dans une chute de dessus son cheval, qui s'était abattu sous lui, son pied s'était trouvé engagé sous le ventre de cet animal; il voulut se relever, des douleurs inouïes se firent sentir. On le transporta chez lui, où quelques chirurgiens reconnurent une luxation du pied, pour la réduction de laquelle ils firent d'inutiles efforts. Le malade fut envoyé à l'Hôtel-Dieu. Desault l'ayant examiné, reconnut la disposition suivante dans les os du pied: le calcaneum, par sa partie interne, répondait à l'extrémité inférieure du tibia; le dos du pied était dirigé en dehors et son bord externe en bas; sous la peau et au-devant du tibia se trouvait l'astragale, appuyant sur le scaphoïde et le premier cunéiforme, où il

(1) Observation recueillie par M. Aussandon fils.

faisait une saillie considérable; derrière le péroné répondait le tendon d'Achille; les douleurs étaient inouïes depuis le moment de l'accident.

Enhardi par de nombreux succès, Desault tente la réduction. Un aide saisit la partie supérieure de la jambe pour la contre-extension; un autre pour l'extension embrasse d'une main le métatarse, de l'autre le talon; ils tirent en sens contraire, en même temps qu'appuyant les pouces sur l'astragale. Desault s'efforce de le replacer dans sa cavité; ses tentatives sont infructueuses; trop étroite, l'ouverture capsulaire de l'astragale ne pouvait plus le laisser passer; sans hésiter, il incise les téguments qui recouvraient l'os, met la capsule et les ligaments à découvert, incise les parties dans une étendue convenable, avec la précaution de ménager le tendon du jambier antérieur. Rendus libres par là, les passages se prêtent facilement à la réduction, et toutes les parties reprennent sans peine leur place naturelle.

Quelques dispositions bilieuses s'étant développées, elles furent combattues par de l'émétique donné en lavage. Le trentième jour, bon état des plaies, contact exact de tous les os. Le cent vingt-septième jour, gonflement considérable autour de l'articulation, sortie d'une portion d'os. Au cinquième mois, dépôt considérable survenu au talon, ouverture de cet abcès, issue d'une nouvelle esquille; sur ces entrefaites, le malade quitta l'Hôtel-Dieu. De nouvelles portions d'os sortirent encore. Revenu ensuite au bout d'un an, il sortit de nouveau parfaitement guéri, à un peu de gêne près dans les mouvements.

Cette observation, celles de M. Dupuytren et celles de J.-L. Petit, justifient ce que nous avons dit sur les inconvénients des incisions pratiquées pour réduire la luxation de l'astragale.

## ARTICLE III.

DE LA LUXATION DE LA PREMIÈRE ET DE LA SECONDE  
PHALANGE DU POUCE.

Tous les auteurs qui ont écrit sur les maladies des os conviennent que la luxation de la première phalange du pouce est souvent très difficile à réduire, et parfois même irréductible.

Mais à quoi tiennent ces difficultés? évidemment à l'articulation. Pour s'en rendre un compte exact, il faut examiner avec soin les surfaces articulaires, les ligaments, les muscles environnants, et surtout ceux dont l'insertion se fait très près des extrémités articulaires.

Le plus ordinairement, les os sont non seulement maintenus par une espèce d'engrènement, d'harmonie, qui dépend de la configuration de leurs extrémités, mais encore par des expansions fibreuses qui constituent les ligaments. Qui de vous cependant ne s'aperçoit aussitôt que dans un grand nombre de circonstances ces moyens seraient insuffisants pour résister à l'action puissante des agents externes, dont le choc tend à changer les rapports des surfaces articulaires, s'ils n'étaient fortement secondés par les muscles qui leur servent pour ainsi dire de seconds.

C'est par la connaissance parfaite de l'appareil musculaire, soit à l'état sain, soit à l'état anormal, qu'on peut comprendre le mécanisme des luxations, les difficultés de la réduction, et les moyens de les surmonter.

Lorsque les extrémités osseuses ont changé de rapport, la direction des fibres musculaires peut aussi changer; il en résulte souvent que les fibres sont plus ou moins relâchées, tirillées, suivant que les os auxquels elles s'insèrent sont eux-mêmes portés sur l'un ou sur l'autre, qu'ils sont rapprochés ou éloignés. Vous comprenez que ces déplacements