

dernier plus loin ; non seulement l'astragale peut être repoussé en dedans ou en dehors, mais, arrêté par les tendons de la face dorsale du pied, il peut se retourner complètement autour de son axe transversal ou vertical, il peut même être projeté à travers la peau, de sorte que la luxation devient une luxation ouverte. On comprendra la force énorme du traumatisme qui peut produire cette lésion, quand on saura que l'on a vu l'astragale perforer la peau et être projeté à une certaine distance.

Pour la luxation en arrière, qui est si rare, c'est le mécanisme inverse qui est en jeu : hyperflexion dorsale, la paroi postérieure de la capsule se rompt, et l'astragale saisi en avant par le tibia glisse en arrière sur le calcanéum.

Chose singulière, la luxation isolée de l'astragale est loin d'être rare. Hancock en avait déjà recueilli 109 cas ; Broca en rapporte 130 dont 68 fois avec blessure de la peau.

Bien que l'os perde ses rapports avec la plus grande partie des tissus environnants, il ne meurt pas toujours. Si la réduction n'est pas possible — par traction sur le pied et pression sur l'astragale — que l'on attende, car dans certains cas on a vu l'astragale luxé rester vivant et ne pas trop gêner la marche ; dans d'autres cas, l'astragale se nécrose, et alors l'extirpation secondaire donne de meilleurs résultats que l'extirpation immédiate, du moins avant l'antisepsie¹.

§ 4. — Fractures du calcanéum.

Les lésions suivantes de la racine du pied méritent encore d'attirer notre attention :

Les fractures du calcanéum revêtent deux types.

a) *Ecrasement* par chute d'un lieu élevé sur le talon. D'après de longues recherches de Legouest sur le mécanisme de cette fracture il résulte qu'elle serait produite par la pénétration en coin du bord externe de la grande facette articulaire de l'astragale sur le calcanéum ; le trait de fracture a une direction verticale d'avant en arrière, et donne naissance à des fissures secondaires. La partie antérieure du calcanéum serait toujours plus ou moins éclatée. Voici quels sont les symptômes : élargissement du talon, aplatissement de la plante du pied, abaissement des malléoles ; la crépitation est rare, et cela tiendrait, d'après Legouest, à ce que l'astragale a pénétré entre les fragments. A cause

(1) Depuis l'antisepsie, l'extraction immédiate est devenue la règle lorsque la luxation est irréductible. (A. B.)

de cette pénétration, il faut entreprendre la réduction, en tirant sur le pied et lui imprimant en même temps un mouvement de supination.

b) *Fracture de la saillie du talon*. Elle est due à une forte traction musculaire ou à une chute sur le talon ; le trait de fracture est transversal. Le déplacement n'est pas très grand parce que les nombreuses fibres aponévrotiques qui s'attachent à la face inférieure du calcanéum maintiennent les fragments. Appareil inamovible dans la flexion plantaire.

§ 5. — Rupture du tendon d'Achille.

Produite par une contraction musculaire violente, cette rupture s'annonce par un craquement, une violente douleur et la sensation que le pied est tombé dans un fossé ; en général le malade tombe sur lui-même. Le médecin trouve facilement la dépression entre les deux bouts rétractés. Petit avait déjà indiqué les principes qui devaient présider à la pose de l'appareil ; il prescrivit l'emploi d'une pantoufle dont le talon était fixé à une courroie passant autour du genou fléchi : Un pansement inamovible dans la flexion du genou à angle aigu et la flexion plantaire du pied donne les mêmes résultats et est plus commode. La méthode antiseptique permet d'entreprendre un traitement plus énergique en suturant au catgut les deux bouts du tendon. Pitha fait observer que lorsque le tendon d'Achille a arraché sa surface osseuse d'insertion, et que cette lésion passe inaperçue, il en résulte un grave inconvénient : une ostéite permanente qui ne cesse que lorsque l'on a pratiqué la ténotomie. Pitha désigne très justement cet arrachement sous le nom d'*évulsion* du tendon d'Achille.

§ 6. — Luxation des tendons péroniers.

Les tendons des deux péroniers sont maintenus dans la gouttière correspondante du péroné par une membrane aponévrotique. Mais sous l'influence d'une forte contraction cette membrane peut se rompre et les tendons se luxer sur la malléole externe où ils sont faciles à reconnaître. A partir de cet endroit ils bifurquent, le tendon du long péronier allant au cuboïde, celui du court péronier allant au 5^e métatarsien. Souvent un seul tendon se luxe, celui du plus superficiel, du long péronier latéral ; cette luxation est très facile à réduire, un coup de pouce y suffit parfois. Mais au moindre mouvement un peu étendu du muscle (abduction, supination, flexion dorsale) le tendon se luxe à

nouveau. Jarjavay avait fait observer que ces luxations ne s'observent que chez les individus dont les gouttières du péroné sont peu profondes. Dans un cas que j'ai eu l'occasion d'observer chez un indi-

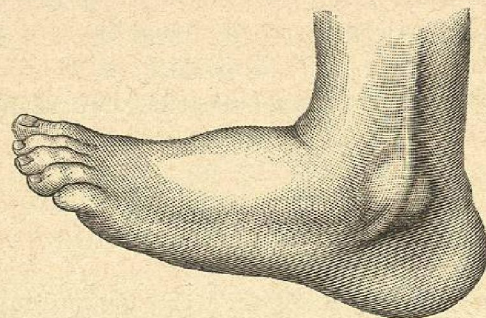


Fig. 124. — Luxation du tendon du long péronier latéral.

vidu qui avait une luxation du long péronier à gauche, la différence entre les gouttières du côté gauche et du côté droit était frappante. Dans des cas récents, un pansement inamovible fixant l'articulation peut guérir cette affection en trois ou quatre semaines.

§ 7. — Luxations diverses du pied.

Pour terminer disons encore quelques mots sur les luxations des petits os du pied.

Dans l'articulation *médio-tarsienne*, le métatarse peut glisser en haut, vers la plante, en dedans ou en dehors. Ce sont les luxations latérales qui sont les plus fréquentes et elles se produisent en particulier quand, le métatarse étant fixé, le corps tombe de côté ou en arrière.

Nous avons déjà observé deux luxations incomplètes dans l'articulation de Chopart, l'avant-pied était dans la pronation et luxé du côté plantaire.

Dans l'articulation dite de *Lisfranc*, on peut également observer une luxation totale ou partielle des métatarsiens. On en a observé environ 30 cas. Les premières descriptions précises datent de Sanson. Il y a 15 ans, Hitzig a écrit un travail très complet sur ce petit chapitre. Il observa une luxation dorsale des 4 premiers métatarsiens chez un prisonnier qui avait tenté de s'évader en sautant d'un second étage. Le pied était en équin ; sur le dos du pied, œdémateux, on trouvait une proéminence transversale due à l'ascension des bases du métatarsien. La luxation fut réduite par la traction sur le pied et une pression sur

les os déplacés. Maze t observa un cas où tous les métatarsiens étaient luxés, mais non dans le même sens. La lésion avait été produite par une roue de voiture qui avait passé sur le métatarse pendant que le blessé tombait à la renverse.

J'ai vu avec Weinlechner une luxation des cinq métatarsiens en haut et en dedans.

On a vu aussi le 1^{er} métatarsien être luxé hors de ses deux articulations. Dans un cas irréductible de ce genre, Demarquay extirpa l'os luxé.

Bien que toutes ces lésions soient faciles à diagnostiquer pour celui qui connaît bien son anatomie, il n'en est pas moins vrai que le gonflement de la région rend quelquefois l'examen bien difficile.

En ce qui concerne les *luxations des orteils* beaucoup plus rares que celles des doigts, on a souvent dit qu'elles se comportaient de la même façon. Mais Broca objecte que ce sont là des idées préconçues, car les observations ne sont pas assez nombreuses pour que l'on puisse se fonder sur elles.

Il ne nous reste plus qu'à faire quelques remarques sur les luxations ouvertes du gros orteil. Laugier conseillait de réduire la luxation, et de faire quelques contre-incisions sur la face dorsale pour éviter les fusées purulentes. D'autres proposèrent la résection de la tête du métatarsien. J'ai vu un cas où le gros orteil était luxé sur la face dorsale du métatarse, et se trouvait dans une direction parallèle à ce dernier ; sur le côté interne de l'articulation était une grande déchirure des téguments. Dans ce cas, la réduction fut facile, et la plaie guérit sous l'influence d'un simple pansement humide à l'eau phéniquée.