

LUXATIONS DU PIED (1).

C'est à la solidité de l'articulation qui unit le pied à la jambe que l'on doit attribuer la fréquence des fractures de l'astragale comparativement à ses luxations. C'est à la même cause qu'il faut attribuer la fracture du péroné, qui a lieu généralement dans les luxations du pied. Néanmoins, j'ai vu le péroné non fracturé dans des cas de luxation du pied en-dedans.

J'ai observé trois espèces de luxations du

pied : 1° en-dedans ; 2° en-dehors ; 3° en arrière. Il y en a une quatrième qui s'observe, dit-on, quelquefois : c'est la luxation du pied en avant. On a vu aussi le pied porté en haut, entre le tibia et le péroné, par suite de la déchirure du ligament qui unit ces os ; mais cet accident n'est qu'une complication de la luxation du pied en-dedans.

(1) Le chapitre des luxations du pied est un des plus intéressants, des plus riches qui aient été écrits sur les luxations. Il est peu d'expérience chirurgicale qui puisse posséder sur ce sujet un nombre aussi considérable de faits curieux. Nous avons donc dû redoubler d'attention, pour mettre nos lecteurs à même de retirer de ce précieux travail toute l'utilité possible. Notre premier soin a été d'adopter dans l'appellation des luxations du pied, des expressions qui ne laissent pas la moindre ambiguïté dans l'esprit du lecteur. Il ne sera pas inutile de rappeler ici la synonymie ordinairement embarrassante de ces luxations. Pour quelques chirurgiens, et notamment pour sir A. Cooper, les luxations du pied ne sont autre chose que des luxations de la partie inférieure de la jambe, et notamment du tibia qui, suivant lui, est luxé en dedans, en dehors, etc., et pour quelques autres les luxations du pied se dénomment par le sens dans lequel se porte la plante du pied. Ainsi, quand cette plante regarde en dedans, c'est la luxation en dedans ; quand elle se porte en dehors, c'est la luxation en dehors, etc. Ce dernier mode de dénomination est sans aucun doute le plus convenable ; il n'offre pas la plus légère hésitation, il indique le sens dans lequel se porte le corps du pied, et d'après les habitudes chirurgicales, c'est cette dénomination qui se présentera à l'esprit au premier abord et avant toute réflexion, quand on verra une luxation du pied. Enfin, on peut avec Boyer, dénommer les luxations du pied, en ayant égard au sens dans lequel regarde la face supérieure de l'astragale.

Malgré la supériorité que nous accordons aux dénominations fondées sur le sens dans lequel se porte la plante du pied, nous adopterons les dénominations de Boyer, comme étant conformes au langage de la plupart des chirurgiens français entre les mains desquels se trouvent le plus habituellement ses écrits.

(Note des trad.)

LUXATION SIMPLE DU PIED EN-DEDANS.

C'est l'espèce la plus fréquente. Dans cette luxation, la malléole interne est portée en dedans, et menace de percer les tégumens. Le pied est déjeté en dehors, et son bord interne appuie sur le sol ; il tourne facilement sur son axe. Il y a une dépression considérable au-dessus de la malléole externe, beaucoup de douleur, souvent un peu de crépitation à trois pouces au-dessus de l'extrémité inférieure du péroné, une mobilité latérale du pied très-remarquable, et une tuméfaction très-considérable.

On trouve à la dissection les altérations suivantes : l'extrémité du tibia est située en-dedans de l'astragale, au lieu de reposer sur sa surface articulaire supérieure.

Dans certains cas où l'accident a eu lieu en sautant d'une hauteur considérable, l'extrémité inférieure du tibia est fracturée longitudinalement de manière à ce qu'un fragment d'un pouce et demi de hauteur, d'un quart de pouce d'épaisseur, se détache de l'extrémité inférieure de l'os, et reste maintenu contre le péroné par les ligamens qui unissent les deux os inférieurement. Le péroné lui-même est fracturé à deux pouces au-dessus de l'articulation, le fragment inférieur qui constitue la malléole externe et auquel le fragment du tibia reste accolé conserve ses rapports avec l'astragale. Le péroné privé de son extrémité inférieure vient reposer sur la face supérieure de l'astragale dans le point qu'occupait le tibia

avant la luxation. Le ligament capsulaire fixé à la malléole externe, et les trois forts ligamens tarsiens, restent intacts (1).

La luxation du pied en-dedans arrive ordinairement lorsqu'on saute d'une hauteur considérable, ou lorsque, courant avec vitesse, le gros orteil tourné en dehors, le pied est subitement arrêté dans son mouvement, tandis que le corps est porté en avant sur lui : alors les ligamens situés au côté interne du coude-pied se rompent. Elle peut être également causée par une chute sur le côté, le pied étant retenu.

Pour reconnaître la fracture du péroné, il faut saisir la jambe immédiatement au-dessus du coude-pied et imprimer au pied des mouvemens étendus de rotation. Les mouvemens du pied en se communiquant au péroné, déterminent de la douleur et de la crépitation.

Pour la réduction, à laquelle on ne saurait trop tôt recourir, le malade doit être placé sur un matelas, et reposer sur le côté de la luxation. Le chirurgien fléchit alors la jambe à angle droit sur la cuisse, de manière à mettre les muscles gastrocnémiens dans le plus grand relâchement possible ; tandis qu'un aide saisissant le pied et exerçant sur lui une extension graduelle, doit le ramener dans la direction de la jambe. Alors le chirurgien, fixant le fémur, presse sur l'extrémité inférieure du tibia, de manière à reporter celui-ci sur la surface articulaire de l'astragale (2). Si la

(1) Cette variété très-curieuse des luxations du pied a été rattachée par sir A. Cooper, à la luxation du tibia en dedans (luxation du pied en-dedans), parce qu'en effet cet os vient porter contre la face interne de l'astragale, non pas par sa surface articulaire inférieure, mais bien par la partie latérale de son extrémité. Toutefois, nous devons faire remarquer que cette luxation dans laquelle le pied s'enfonce en quelque sorte dans l'épaisseur de la jambe, et qui donne lieu à un raccourcissement du membre, mériterait plutôt le nom de luxation du pied en haut ou bien en-dehors : de luxation en haut, parce que l'astragale refoulé au-dessus du niveau de l'extrémité inférieure du tibia, remonte dans l'épaisseur de la jambe sans éprouver de déviation latérale très-marquée ; de luxation en dehors, parce que l'ensemble du pied est en dehors de l'extrémité inférieure du tibia.

Mais nous le répétons, d'après le sens habituel des dénominations appliquées aux luxations latérales du pied, lesquelles supposent une rotation, une torsion du pied sur son axe, cette luxation ne se rattache à aucune des luxations du pied, et constitue une espèce particulière qui est caractérisée, qu'on nous passe cette expression, par le refoulement du pied dans la jambe. Voici le rapport exact de ce pied ainsi refoulé avec l'extrémité inférieure des os de la jambe : 1° A la partie interne du pied qui n'est pas tordu, mais seulement remonté en masse, se trouve le tibia échanuré par l'absence d'un fragment très-mince, et débordant l'astragale en bas et en dedans ; 2° en dehors, un fragment osseux double, composé de la malléole externe avec deux pouces de péroné, et du fragment lamellaire qui compléterait le tibia ; 3° en haut, l'extrémité brisée du péroné qui repose sur la face supérieure de l'astragale.

(2) D'après les principes le plus généralement admis pour la réduction des luxations, on trouvera que c'est une tentative peu rationnelle de la part du chirurgien, que de chercher à ramener le tibia sur l'astragale, c'est-à-dire la partie qui doit rester immobile sur celle qui est déplacée. Il y a beaucoup plus d'avantages à tenir complètement fixe la brisure supérieure dans un membre luxé, et à n'agir que sur la partie inférieure ; les manœuvres de réduction en retirent beaucoup plus de précision et d'ensemble. L'habitude de dénommer les luxations du pied déplacemens ou luxations du tibia, n'aurait-elle pas exercé quelque influence sur la manière dont se comportent ceux qui ramènent ainsi le tibia dans ses rapports avec le pied. Ce ne serait pas la première fois que les habitudes du langage se trouveraient traduites en faits pratiques. On voit que même sous ce rapport, les principes des chirurgiens français sur la manière de dénommer les luxations, auraient ici tout l'avantage.

(Note des trad.)

jambe était dans l'extension, une grande force deviendrait nécessaire pour lutter contre la résistance des muscles jumeaux ; mais lorsque la jambe a été préalablement fléchie, l'on voit les parties reprendre leur situation naturelle par une extension comparativement légère, dans des cas où des tentatives de réduction avaient été faites en vain auparavant.

Après la réduction, la jambe doit reposer sur le côté externe, dans la position fléchie, le pied convenablement soutenu. Un bandage à plusieurs chefs doit être placé sur la partie pour prévenir le glissement, et arrosé constamment de lotions évaporantes. On place ensuite deux attelles, dont chacune est coudée suivant ses bords, pour supporter le pied, prévenir son renversement en dehors et

LUXATION SIMPLE DU PIED EN-DEHORS.

Cette espèce de luxation est la plus dangereuse des trois, car elle est produite par une violence plus considérable, et s'accompagne d'une plus forte contusion des tégumens, d'une dilacération plus étendue des ligamens, et de lésions plus graves des os. La face plantaire du pied regarde en dedans, son bord externe appuie sur le sol. La malléole externe repousse fortement la peau en dehors, et forme une tumeur si remarquable qu'on ne peut se méprendre sur la nature de la maladie. Le pied et les orteils sont dirigés en bas.

A la dissection, on trouve la malléole interne fracturée obliquement et séparée du corps du tibia. Quelquefois la fracture n'intéresse que la malléole ; d'autres fois elle traverse obliquement la surface articulaire du tibia, qui est porté en avant et en dehors sur l'astragale, au devant de la malléole externe. Quelquefois l'astragale est fracturé, et l'extrémité inférieure du péroné est brisée en plusieurs éclats. Le ligament latéral interne reste intact, mais le ligament capsulaire est déchiré à sa partie externe. Dans la plupart des cas, les trois ligamens péronéo-tarsiens sont conservés, mais quand le péroné n'est pas fracturé ils sont rompus. Aucun des tendons n'est déchiré, et il ne se fait presque jamais d'épanchement de sang, parce que les grosses artères échappent alors ordinairement à toute déchirure.

Cet accident est déterminé soit par une roue de voiture qui passe sur la jambe, soit par la distorsion du pied dans un saut, ou dans une chute.

Le mode de réduction est le suivant : on doit placer le malade sur le dos, fléchir la cuisse à angle droit sur le tronc, et la jambe

le tenir à angle droit avec la jambe. S'il survient une forte inflammation, on doit recourir à des applications de sangsues, et on combattra avec avantage les accidens généraux par la saignée du bras et l'administration des purgatifs.

Au bout de cinq ou six semaines, le malade peut sortir de son lit, et marcher avec des béquilles, pourvu qu'on ait soin d'entourer l'articulation de longues bandes de sparadrap pour maintenir les parties en rapport ; mais il s'écoule dix à douze semaines avant que le pied ait recouvré tous ses mouvemens. Après la huitième semaine, il faut faire des frictions et imprimer au pied des mouvemens, afin de lui rendre sa mobilité naturelle.

sur la cuisse : un aide saisit la cuisse en plaçant les mains dans la région poplitée, tandis qu'un autre saisit le pied ; l'extension est ainsi faite dans le sens de l'axe de la jambe, tandis que le chirurgien pousse le tibia en dedans vers l'astragale.

Dans la luxation simple, le membre doit être placé sur le côté externe, maintenu par deux attelles coudées ; un coussin doit être placé sur le péroné immédiatement au-dessus de la partie externe de l'articulation, et se prolonger en haut de quelques pouces, dans une étendue suffisante pour soulever cette portion de la jambe et la soutenir, ainsi que pour prévenir le glissement du tibia et du péroné sur l'astragale, aussi bien que pour modérer la pression de la malléole externe sur les tégumens, dans le lieu où ils sont contus.

On doit recourir au même traitement général et local, que dans le cas précédent, en insistant toutefois davantage sur les évacuations sanguines, l'inflammation étant plus intense. On doit apporter les plus grands soins à prévenir la déviation de la plante du pied en dedans, ou la tendance de sa pointe en bas, double circonstance qui amène pour la suite l'inutilité du membre. Le moyen le plus convenable consiste à appliquer de chaque côté de l'articulation une attelle coudée suivant ses bords et bien matelassée.

Six semaines après l'accident on doit recourir aux mouvemens passifs ; c'est l'époque à laquelle le malade peut se lever et marcher avec le secours des béquilles, à moins qu'un gonflement considérable de l'articulation ne s'y oppose. Dans la majorité des cas, la guérison est complète au bout de dix ou douze semaines.

LUXATION SIMPLE DU PIED EN ARRIÈRE.

Dans cette espèce de luxation, le pied paraît très-raccourci et immobile ; le talon est allongé dans la même proportion et solidement fixé ; les orteils sont tournés en bas ; l'extrémité inférieure du tibia forme une saillie prononcée sur la partie supérieure et moyenne du tarse, au-dessous des tendons qui se trouvent repoussés en avant ; une dépression existe entre le tendon d'Achille et les os de la jambe.

A la dissection, on voit que le tibia repose sur la surface supérieure du scaphoïde et du premier cunéiforme ; il a abandonné toute la surface articulaire de l'astragale, excepté une petite portion, contre laquelle il est appuyé ; le péroné est fracturé ; son fragment supérieur s'avance avec le tibia, et se trouve contigu à cet os : la malléole externe reste dans sa position naturelle ; mais le péroné est fracturé à trois pouces environ au-dessus : le ligament capsulaire est déchiré en avant ; le ligament latéral interne n'est déchiré que partiellement, et les trois ligamens du péroné sont intacts.

Cet accident reconnaît pour cause une chute du corps en arrière, tandis que le pied est retenu ; il peut encore avoir lieu quand une personne saute hors d'une voiture qui roule avec rapidité, si elle tombe la pointe du pied dirigée en avant.

Voici en quoi consiste le traitement : on place

le malade dans le décubitus dorsal : un aide saisit la cuisse à sa partie inférieure et la retient en haut ; un autre tire le pied dans le sens d'une ligne située un peu au devant de l'axe de la jambe, et le chirurgien pousse le tibia en arrière pour le ramener dans sa position. On doit du reste dans la réduction de cette luxation se guider, pour relâcher les muscles, sur les mêmes principes que dans les luxations précédentes ; on doit appliquer ensuite un bandage à plusieurs chefs sur lequel on fait des lotions évaporantes, et recourir au même traitement général et local que précédemment.

Quant à la position, celle qui est la plus convenable consiste à placer le talon sur un oreiller, à appliquer sur les côtés de la jambe des attelles suffisamment matelassées, et coudées pour maintenir le pied à angle droit avec la jambe, et pour prévenir la tendance des muscles à le déplacer de nouveau. La consolidation du péroné pouvant être effectuée au bout de six semaines, le malade peut à cette époque sortir du lit, et de légers mouvemens passifs doivent être imprimés au pied.

M. Dupuytren a recommandé une seule attelle très-rembourrée le long de la partie externe ou interne de la jambe, suivant le sens de la luxation, et fixée à la jambe et au pied par un bandage.

LUXATION INCOMPLÈTE DU PIED EN ARRIÈRE.

Quelquefois, dans la luxation du pied en arrière, le tibia repose à moitié sur l'os naviculaire, et à moitié sur l'astragale. Le péroné est fracturé. Le pied ne paraît que peu raccourci, et le talon est peu proéminent. Le pied regarde en bas ; il ne peut être posé à plat sur le sol qu'avec peine ; le talon est tiré en haut, et le pied n'a que très-peu de mobilité.

Observation 49^e. — Le premier cas de cette espèce que j'aie vu s'est présenté chez une femme très-robuste, qui, dans une chute, s'écartait, disait-elle, foulé le pied. Le pied était immobile, dirigé en bas : une vive douleur se faisait sentir au-dessus du coude-pied. Je ne pus ni attirer le pied en avant, ni le fléchir. Quelques années après, je revis cette femme, elle marchait avec des béquilles ; le gros orteil était tourné vers le sol, sur lequel elle ne pouvait appuyer aucune autre partie du pied ; la déviation était moindre que dans la luxation complète ; mais, tout gonflement étant alors dissipé, on reconnaissait plus facilement la luxation, et cependant je ne l'aurais pas reconnue d'une manière positive, si je n'eusse vu le pied d'un sujet disséqué à l'hôpital de Guy, et qui offrait la même luxation.

Chez ce sujet la surface articulaire inférieure du tibia était divisée en deux facettes : la partie antérieure répondait au scaphoïde, la postérieure à l'astragale. Le frottement avait rendu très-lisses les deux surfaces de l'extrémité inférieure du tibia. On trouva une fracture du péroné.

Les résultats anatomico-pathologiques de cette luxation démontrent clairement la nécessité où l'on est dans les cas de cette nature, de ne jamais s'en tenir à un premier examen, et de ne renoncer aux manœuvres de réduction que quand le pied a repris sa position naturelle et recouvré ses mouvemens ; car si la maladie est négligée à son début, l'inflammation et le gonflement peuvent rendre inutile dans la suite une extension même considérable ; et si la maladie est négligée pendant long-temps, les changemens qui s'opèrent dans l'état des muscles et la consolidation de la fracture du péroné, rendent impossible toute réduction. Le mode de réduction et le traitement consécutif ne diffèrent en rien de celui qui est requis dans la même luxation quand elle est complète.

LUXATIONS COMPLIQUÉES DU COUDE-PIED.

Ces luxations ont lieu dans le même sens que les luxations simples. Ce qui établit la différence entre les luxations compliquées et les luxations simples, c'est que dans les premières l'articulation est ouverte, et laisse échapper la synovie au dehors par une plaie à travers laquelle les extrémités des os font saillie. Ordinairement cette plaie est produite par l'os; mais quelquefois elle est le résultat de la pression exercée par quelque inégalité de la surface contre laquelle celui-ci a porté.

Après la réduction, la synovie s'épanche à travers une large plaie, et l'inflammation survient en quelques heures. Aussitôt que l'afflux du sang vers cette partie est plus considérable, la synoviale sécrète une exsudation qui s'échappe par la plaie. Les ligaments participent à l'inflammation, de même que les extrémités des os. L'inflammation de la surface interne du ligament capsulaire amène la suppuration vers le cinquième jour. D'abord il s'écoule peu de matière, mais la quantité s'accroît progressivement. Les parties lacérées des ligaments et du périoste entrent aussi en suppuration. Sous l'influence de ce travail, les cartilages sont résorbés en partie ou en totalité, mais le plus souvent seulement en partie; car la destruction des cartilages se fait lentement, s'accompagne de troubles généraux graves, et souvent est la cause déterminante de l'exfoliation des extrémités osseuses. Quand les cartilages se détruisent, des granulations s'élèvent de la surface des os et de la surface interne du ligament capsulaire, se réunissent et remplissent la cavité articulaire dans l'intervalle des extrémités osseuses.

À la suite des lésions des articulations, il peut arriver tantôt qu'une adhésion générale s'établisse entre des surfaces totalement revêtues de leur cartilage, tantôt que dans les cas de destruction partielle du cartilage, des bourgeons charnus (*granulations*) se développent dans les points où le cartilage a disparu, tandis qu'il se forme une simple adhérence dans les points où il est conservé.

Ni l'inosculatation des bourgeons, ni l'adhérence membranuse des surfaces ne déterminent une ankylose permanente; car, si l'on imprime des mouvements passifs aussitôt que la cessation de la douleur et de l'inflammation permettent ces mouvements, la mobilité peut être recouvrée, non pas il est vrai complètement, mais du moins avec une déperdition très-peu considérable; et les autres articulations du fémur acquièrent une mobilité tellement étendue qu'elle suffit pour rendre à peine sensible la diminution de mobilité de l'articulation du coude-pied.

L'ouverture de la capsule se comble par les granulations, et quant à la réunion osseuse

des surfaces articulaires, elle s'effectue par la déposition préalable d'une matière cartilagineuse, suivie elle-même de la sécrétion du phosphate calcaire de la même manière que dans la formation et la cicatrisation des os.

Ainsi, quand une luxation compliquée du pied entraîne une inflammation qui envahit de larges surfaces synoviales, elle détermine sur les deux surfaces articulaires une suppuration étendue qui entraîne des accidents généraux graves, et qui plus tard devient la cause d'un travail d'ulcération plus ou moins considérable, suivant le traitement qui a été adopté. Ce travail détermine la destruction partielle ou complète du cartilage, et provoque une fièvre d'irritation prolongée; quelquefois même il s'empare de l'extrémité des os luxés et par suite de leur exfoliation détermine un accroissement considérable des phénomènes généraux et une maladie fort longue.

Deux ou trois jours après l'accident, quelquefois même au bout de vingt-quatre heures, apparaissent des symptômes généraux. Le malade accuse une douleur de la tête et du dos qui atteste l'influence de la lésion locale sur le cerveau et la moëlle; la langue est recouverte d'un enduit blanc lorsque l'irritation est modérée, jaune, quand elle est plus intense, brune et même noire lorsqu'elle est considérable; il y a perte d'appétit, nausées, et quelquefois vomissement; la sécrétion intestinale et celle des glandes annexées à l'appareil digestif, comme le foie, se suppriment, la constipation s'observe fréquemment. La perspiration cutanée se suspend; la peau devient chaude et sèche; les urines rendues en petite quantité sont fortement colorées. Les mouvements du cœur se précipitent; le pouls devient dur et prend le même caractère que dans les réactions provoquées par des inflammations locales; à un degré plus élevé d'irritation, il devient irrégulier et intermittent. La respiration est accélérée de même que la circulation; le système nerveux se prend lui-même lorsque l'inflammation locale acquiert un surcroît d'intensité. L'agitation, l'insomnie, le délire, le soubresaut des tendons, et parfois le tétanos surviennent. Tels sont les effets ordinaires de la luxation compliquée du pied sur l'ensemble de l'économie; ils varient d'intensité selon la violence de la lésion, l'irritabilité du sujet, et les ressources de la constitution.

Les causes de la violence des symptômes sont l'ouverture de l'articulation, et la réaction puissante qui s'ensuit. Mais, quand l'articulation n'est pas béante, et quand la cicatrisation réunit les parties, il peut ne survenir qu'une inflammation locale et une irritation générale modérées. La violence des symptômes

reconnaisant pour cause l'ouverture de l'articulation, il est facile de saisir le principe d'après lequel le traitement doit être dirigé: il consiste à fermer la plaie aussi complètement que possible pour faciliter le travail adhésif et éviter la suppuration et le développement des bourgeons charnus.

La première question qui se présente est celle-ci: *L'amputation est-elle toujours nécessaire dans les luxations compliquées du pied?* — Non assurément. Il y a trente ans, c'était la pratique habituelle; mais dans ces dernières années, on a conservé tant de fois le membre, qu'une telle détermination serait, non-seulement peu judicieuse, mais même cruelle. Je suis loin de vouloir dire que l'amputation n'est jamais requise; je me contente de faire observer qu'elle est intempestive dans le plus grand nombre des cas.

À l'examen du membre, on trouve une plaie plus ou moins étendue, suivant l'intensité de la cause vulnérante. L'extrémité du tibia est saillante si la luxation du pied est en dedans, et le tibia et le péroné proéminent si elle est en dehors. Souvent les extrémités des os ayant touché la terre sont recouvertes de boue. Le pied est pendant au côté interne ou externe de la jambe, suivant le sens de la luxation. Quelquefois, mais rarement, une artère volumineuse est ouverte, et il est surprenant que l'artère tibiale postérieure évite si fréquemment toute déchirure; la tibiale antérieure est le seul vaisseau que j'aie trouvé rompu.

La première indication est d'arrêter l'hémorrhagie; et dans ce but la ligature est le moyen le plus convenable, si la tibiale antérieure est lésée.

On doit laver avec de l'eau tiède l'extrémité de l'os, car le moindre corps étranger placé dans l'articulation peut causer et entretenir un travail de suppuration.

Si l'os est fracturé comminutivement, il convient de passer le doigt dans l'articulation, afin d'extraire les esquilles; mais on doit agir avec la plus grande circonspection, pour éviter toute irritation inutile.

Lorsque la plaie est trop étroite pour recevoir le doigt facilement, et lorsqu'on sent quelques petits fragmens osseux, on doit débrider pour enlever ces fragmens sans violence; seulement l'incision doit être faite de manière à laisser l'articulation recouverte le plus possible par les tégumens.

Quelquefois les tégumens se trouvent pincés dans l'articulation entre les saillies osseuses, et alors ils ne peuvent en être retirés sans le secours d'une incision. Pour peu qu'ensuite on réunisse les deux bords de la plaie, il ne résulte rien de fâcheux de l'étendue plus grande de la solution de continuité.

Le mode de réduction est, sous les autres rapports, semblable à celui qui a été conseillé pour les luxations simples; il faut fléchir la jambe sur la cuisse, pour relâcher les muscles avant de pratiquer l'extension.

Après la réduction, un gâteau de charpie

trempée dans le sang du malade, doit être appliqué humide sur la plaie. Le sang se coagule et forme le topique le plus naturel, et d'après mon expérience, le meilleur. On applique alors un bandage à plusieurs chefs dont les bandelettes peuvent être retirées isolément. Le bandage doit être constamment arrosé par un mélange d'eau et d'alcool. Une attelle concave, munie d'une branche coudée à angle droit, suivant les bords, doit être appliquée sur le côté externe de la jambe, dans la luxation du pied en dedans, et la jambe doit reposer sur son côté externe; mais dans la luxation en dehors, il vaut mieux placer le membre sur le talon, avec une attelle coudée placée en dedans et une autre en dehors, ayant soin de faire pratiquer une fenêtre dans l'attelle vis-à-vis la plaie.

Dans l'une et l'autre luxations, il faut fléchir légèrement le genou, pour mettre les muscles gastrocnémiens dans le relâchement. On doit prévenir surtout l'abaissement de la pointe du pied. Si l'on n'apportait pas un grand soin à le maintenir à angle droit avec la jambe, le membre ne serait d'aucune utilité dans la suite. Le malade étant couché sur un matelas, on placera un coussin depuis le milieu de la cuisse jusqu'au-delà du pied; un autre coussin roulé et placé sous la hanche, soutiendra la partie supérieure du fémur.

On devra recourir à la saignée, en ayant égard à la constitution du malade. Il ne faut pas perdre de vue qu'il aura besoin de toutes ses forces pendant le travail de la guérison.

On ne devra de même user des purgatifs qu'avec la plus grande réserve; car lorsqu'un membre a été placé dans une bonne position, et que la consolidation s'opère, il est peu judicieux de la troubler par les changements fréquents de position qu'entraîne l'usage de ces médicaments. Dans certains cas de fractures compliquées, j'ai vu l'abus des purgatifs causer la mort.

La saignée et l'évacuation des intestins doivent succéder aussi promptement que possible à l'accident, avant le développement de l'inflammation adhésive; on prescrit ensuite la solution d'acétate d'ammoniaque, la teinture d'opium, et, de temps en temps, un léger minoratif.

Si, quatre ou cinq jours après l'accident, le malade accuse de vives douleurs dans la partie, on peut lever l'appareil pour examiner la plaie. L'inflammation est-elle violente, on donnera issue au pus qui peut s'être formé, en soulevant un coin du gâteau de charpie; mais ceci doit être fait avec circonspection, car on court risque de troubler le travail de la réunion primitive. Sous l'influence de ce traitement local, d'un côté on obtiendra quelquefois une réunion par première intention; d'un autre côté, si, au bout de quelques jours, du pus se forme, il pourra s'écouler; et, la charpie étant enlevée, on se bornera à un pansement simple. Après huit ou dix jours, s'il y a de la suppuration et beaucoup d'inflammation aux envi-

rons de la plaie, il faut appliquer des cataplasmes, des sangsues autour de la plaie et sur le membre à une certaine distance; on a recours de nouveau aux lotions évaporantes. Mais aussitôt que l'inflammation a cédé, il faut renoncer aux cataplasmes, qui provoquent une sécrétion trop abondante, et relâchent les vaisseaux sanguins, de manière à retarder le travail de la guérison.

Dans les cas favorables, la plaie guérit en quelques semaines avec une suppuration peu considérable. Dans les cas moins heureux, il se développe une suppuration abondante; la cicatrisation se fait plus long-temps attendre, et l'exfoliation de l'extrémité des os devient encore une cause de retard pour la guérison.

La mobilité de l'articulation n'est pas toujours perdue; quelquefois elle redevient très-étendue, mais cela dépend du degré plus ou moins considérable de la suppuration ou de l'ulcération. Dans les circonstances les plus favorables, trois mois s'écoulent ordinairement avant que le malade puisse marcher avec des béquilles. Dans certains cas toutefois, un plus grand espace de temps est nécessaire.

RÉDUCTION ET RÉUNION IMMÉDIATES. — C'est ici le lieu d'exposer les cas qui m'ont conduit à établir que l'amputation ne saurait être admise en règle générale.

Dans un cas où un chirurgien avait prononcé que l'amputation était nécessaire, les amis du malade, n'approuvant pas cette décision, appelèrent un autre chirurgien, qui promit de conserver le membre. Le malade se confia à ses soins et guérit.

Observation 50, communiquée par M. Lynn.* — J. York, âgé de 32 ans, étant poursuivi, franchit une hauteur de plusieurs pieds. Le tibia et une partie de l'astragale se firent jour à la partie interne de l'articulation. On réduisit immédiatement; la suppuration s'établit. Au bout de cinq semaines, une portion de l'astragale se sépara, et la semaine suivante il sortit un second fragment, qui, réuni au premier, constituait la tête de l'os. En trois mois, l'articulation était comblée par des bourgeons; la cicatrisation marcha rapidement, et le malade recouvra l'usage du membre.

Observation 51, recueillie par M. Battley.* — Luxation compliquée du pied. — « En septembre 1797, un individu, dans un accès de démence, se jeta par une fenêtre du deuxième étage; ses pieds atteignirent le sol avant le reste du corps. Il put se relever sans aide, frappa avec force à la porte de la maison, et monta les escaliers sans aucun appui. Il verrouilla la porte sur lui et se mit au lit. On fut obligé de forcer la porte pour arriver jusqu'à lui. Un chirurgien proposa immédiatement l'amputation qui fut rejetée par les amis du malade. Je fus chargé, avec sir A. Cooper, du traitement. Nous trouvâmes une luxation

compliquée du pied: le tibia était porté au côté interne du pied; et, quand on passait le doigt dans la plaie, on reconnaissait que l'astragale était divisé en plusieurs fragments. Ceux qui étaient complètement libres furent enlevés, et le tibia fut replacé. On entourra les parties déchirées avec de la charpie trempée dans le sang qui s'écoulait de la plaie; le membre fut placé sur son côté externe, le genou étant fortement fléchi. On prescrivit l'usage fréquent des lotions évaporantes.

Le malade resta aussi tranquille qu'on pouvait l'attendre d'un homme privé de sa raison. Mais au bout de trois ou quatre jours, il se développa dans l'articulation une inflammation considérable qui augmenta beaucoup l'état d'irritation générale. (*Sangsues, fomentations et cataplasmes, saignée de bras, purgatifs et sudorifiques.*)

Il survint une suppuration étendue qui, après six semaines à deux mois, commença à diminuer; des bourgeons de bonne nature recouvrirent alors toutes les surfaces malades. Environ à la même époque, l'état intellectuel du malade commença à s'améliorer, et cet état favorable continua à faire des progrès à mesure que la jambe se guérissait. Au bout de quatre à cinq mois, les parties qui avaient suppuré étaient cicatrisées; la raison du malade était revenue à son état normal. Au bout de neuf mois, il retourna à ses occupations, conservant toutefois un peu de raideur dans l'articulation. En deux années, son rétablissement devint tellement complet, qu'il pouvait marcher sans le secours d'un bâton; et au bout de trois ou quatre ans, il était en état de se livrer à l'exercice de sa profession, presque aussi bien que pendant la première partie de sa vie.

Observation 52, — Luxation compliquée du pied en-dedans.* — M. Knowles, âgé de 48 ans, ayant été jeté hors de sa voiture contre la roue de derrière d'une charrette, se luxa le pied en-dedans, et se fractura le tibia et le péroné. Le docteur Richards, qui fut appelé aussitôt, réduisit la luxation et tenta la guérison de la plaie par première intention. Lorsque je vis le malade, dix jours après l'accident, la plaie offrait un aspect favorable; la suppuration était abondante, mais pas assez pour exciter des inquiétudes. La plaie se cicatrisa parfaitement, et le malade marcha sans le secours d'un bâton.

Observation 53, recueillie par M. Rowley.* — Luxation compliquée du pied en-dehors — Elisabeth Chisnell fut reçue à l'hôpital Saint-Thomas, le samedi 29 mai 1819, pour une luxation compliquée du pied gauche en-dehors, qui s'était produite en glissant du trottoir sur le pavé. La plaie, qui communiquait avec l'articulation, était située à la partie externe de la jambe, et avait environ quatre pouces d'étendue; le péroné faisait saillie de deux pouces au dehors de la plaie, mais il n'était pas fracturé; les ligaments qui unissent la malléole ex-

terne et l'astragale étaient rompus. L'inclinaison de la plante du pied en dedans était telle, que toute la surface de l'articulation était visible en-dehors, et qu'on pouvait introduire deux doigts dans l'articulation et reconnaître que l'extrémité du tibia était fracturée. Les parties furent facilement ramenées dans leurs rapports naturels par l'extension du pied, après la flexion préalable de la jambe sur la cuisse. Pendant la réduction, les téguments s'engagèrent entre la malléole externe et l'astragale, au point de nécessiter une incision en haut du côté du péroné; les lèvres de cette plaie furent réunies par quatre points de suture et des bandelettes agglutinatives; on ajouta des attelles, et l'inflammation consécutive fut combattue par les moyens ordinaires. Le 1^{er} juin, les bandelettes et les sutures furent enlevées, la plaie et les parties molles voisines de l'articulation étant dans un état gangréneux. On prescrivit l'usage quotidien des cataplasmes de farine de graine de lin. Le 5 juin, les escharres s'étaient séparées; la plaie se couvrait de bourgeons; la suppuration était abondante. Une collection, qui s'était formée au côté interne de la jambe, fut évacuée par une ponction. La plaie fut pansée, et une bande appliquée légèrement: la santé générale était peu altérée. On prescrivit le quinquina et le porter. Le 7 août, les plaies étaient presque guéries: la malade s'asseyait chaque jour dans son lit, et peu de jours après on lui permit de marcher. Pendant tout le temps de sa maladie, les symptômes généraux ne furent pas plus graves que dans certains cas favorables de fractures simples; les selles avaient été assez régulières, pour qu'on n'eût besoin de recourir à aucun purgatif: le seul médicament employé fut le quinquina.

Observation 54, communiquée par M. Clarke.* — M. Caruthers, âgé de 22 ans, se fit, le 6 octobre 1817, une luxation du pied en-dedans, accompagnée de plaie et de fracture du tibia. L'accident fut produit par le renversement d'une voiture. L'extrémité du tibia sortait à travers les téguments, à la partie interne de l'articulation, dans une étendue de deux à trois pouces; l'os était étroitement embrassé par la peau; une petite portion du tibia restait unie à l'articulation. Une hémorrhagie abondante avait eu lieu; mais elle s'était arrêtée avant l'arrivée de M. Clarke. Le péroné était fracturé commodément. Pour opérer la réduction de la portion d'os sortie, il fut nécessaire d'inciser les téguments qui seraient étroitement le tibia. Lorsque l'os eut été ramené à sa position naturelle, on posa à plat un bandage à plusieurs chefs, imbibé d'un liquide évaporant; des attelles furent appliquées, et le membre fut placé dans une position légèrement fléchie sur un coussin rembourré. La saignée, des laxatifs et des purgatifs salins furent employés. Des symptômes généraux graves se développèrent. Des abcès formés à la jambe et quelques exfoliations retardèrent la cicatrisation de la plaie,

en déterminant un épuisement considérable. On pratiqua l'ouverture des abcès; des bandelettes agglutinatives furent appliquées sur les plaies: on fit usage de linges humectés, que l'on recouvrit d'un taffetas huilé pour maintenir les parties dans une humidité constante. Le vin, le quinquina, et quelques purgatifs, furent administrés. M. Caruthers quitta Londres le 6 octobre 1818, n'ayant plus alors qu'une petite ouverture de chaque côté de la jambe et souffrant parfois quelques douleurs; mais sa santé générale était parfaite depuis plusieurs mois. En janvier 1819, une portion osseuse considérable fut éliminée, et la cicatrisation marcha sans interruption. Depuis lors, il a été complètement débarrassé de toute douleur; il jouit maintenant d'une santé parfaite et d'un usage très-étendu du membre.

Observations 55 et 56*, communiquées par le docteur Somerville.* — Luxations compliquées du pied. — Deux malades furent traités, dans le service de M. Somerville, à l'hôpital de Stafford, pour une luxation du pied en-dedans. La guérison fut complète dans les deux cas, chez l'un après quinze semaines, chez l'autre après sept semaines seulement. Dans le premier cas, la plaie, qui était à lambeau, se cicatrisa par première intention; dans le second, elle fut tenue ouverte par un écoulement de matière d'abord purulente et ensuite séreuse; mais aucun symptôme fâcheux n'entrava la guérison. Le traitement fut le suivant dans les deux cas. Après la réduction, le malade fut placé sur le côté, le membre étant dans la flexion: aucun bandage ne fut employé; mais les lèvres de la plaie furent mises soigneusement en contact à l'aide de bandelettes agglutinatives, qui cependant n'entouraient pas le membre complètement, dans la crainte que leur pression, au moment où le gonflement surviendrait, n'excitât une inflammation trop vive, et ne donnât lieu à la suppuration. Toutefois, pour prévenir autant que possible le gonflement et l'inflammation, un emplâtre recouvert d'une couche médiocrement épaisse du *désensif de Kirkland* fut placé autour de l'articulation, et on recouvrit le tout d'un bandage à bandelettes peu serré. Un purgatif drastique fut administré le lendemain matin, et le malade fut mis à un régime sévère. Les agglutinatifs furent enlevés le second ou le troisième jour; un plumasseau d'onguent de mèlilot fut placé sur la plaie, le *désensif* appliqué comme auparavant. Le traitement consista simplement à renouveler chaque jour le plumasseau, et à ajuster l'emplâtre et le bandage, qui furent peu à peu serrés plus étroitement autour du membre, à mesure qu'on cessa de redouter l'inflammation. On recourut à cette compression dans le but, non-seulement de donner de la stabilité à l'articulation, mais encore de hâter la cicatrisation.

L'usage de l'emplâtre de la manière indiquée ci-dessus paraît au premier coup d'œil une pratique bizarre; mais en lui donnant une

épaisseur suffisante, on n'a pas besoin de le renouveler, à moins que la suppuration ne soit trop abondante. Dans le cas contraire, il n'est pas nécessaire de déranger le membre de la position où il se trouve, position qu'il est de la plus haute importance de conserver dans le traitement des luxations et des fractures compliquées. L'emplâtre est composé de deux parties d'empl. de plomb et d'une partie de chacun des corps suivans : huile, vinaigre, et chaux finement pulvérisée. C'est un répercussif puissant dans les inflammations locales violentes.

Observation 57, recueillie par M. Scarr. — Luxation compliquée du pied en dedans. — « John Plumb, âgé de 38 ans, montait à une échelle, ayant sur les épaules un sac d'avoine. Il était déjà à une hauteur de dix pieds au-dessus du sol, quand l'échelle glissa sous lui; il fut précipité à terre et tomba sur les pieds, ayant encore le sac sur les épaules. J'arrivai au moment même de l'accident. Le tibia et le péroné sortaient à travers les tégumens, à la partie externe de l'articulation, et appuyaient sur le bord externe du pied; la surface articulaire de l'astragale avait percé les tégumens en dedans; il y avait renversement presque complet du pied. Je réduisis immédiatement avec le moins de violence possible; ce qui fut exécuté avec beaucoup moins de difficulté que je ne m'y attendais. La plaie fut réunie à l'aide d'emplâtres agglutinatifs, le membre placé sur le côté externe, et on appliqua incessamment des compresses humectées d'une solution d'acétate de plomb. (Saignée de seize onces, mixture diaphorétique saline, purgatif). Il se forma des abcès qui furent ouverts; et, au bout de vingt-cinq semaines, le malade entra en convalescence; les surfaces articulaires se réunirent, les plaies se cicatrisèrent, le malade put marcher. Pendant une année, il ne put appuyer sur le pied qu'avec précaution. Depuis ce moment il n'a pas cessé de se livrer à ses occupations. »

Observation 58, communiquée par le docteur Abbott. — Luxation compliquée du pied en dedans. — « Le 25 avril 1802, M. Robert Culling, boucher, âgé de 70 ans, très gras et très intempérant, sujet à la goutte depuis sa jeunesse, étant dans un état d'ivresse, se prit de dispute et fut jeté violemment à terre: il se fit une luxation compliquée du pied. L'extrémité du tibia faisait une saillie de près de quatre pouces à travers les tégumens; la plaie était large et semi-circulaire. Dans les efforts qu'il fit pour se tenir debout, le poids de son corps porta sur cette extrémité osseuse qui était couverte de boue; la cavité articulaire était remplie de sang et de sable; le péroné était fracturé à quelques pouces au-dessus de l'articulation, et le pied complètement tourné en dehors. La nuit était très-froide; il se passa près de cinq heures avant que je le visse. Je regardai la conservation du membre comme impossible chez un homme dont la constitution était ruinée; ce-

pendant il refusa constamment de se soumettre à l'amputation. Les surfaces furent lavées aussi soigneusement et aussi promptement que possible avec de l'eau tiède. La réduction fut opérée sans peine; les parties déchirées furent remplacées, et les bords de la plaie rapprochés presque au contact, sans suture ni agglutinatifs; le membre fut placé sur une planche mince, rembourrée, excavée de manière à prendre la forme de la jambe, munie d'une ouverture pour recevoir la malléole externe; de la charpie imbibée de teinture de benjoin composée fut placée sur la plaie, et forma en peu d'heures une calotte ferme, assez large pour empêcher le contact de l'air; une bande fut appliquée sur la jambe depuis le pied jusqu'au genou; et la jambe fut mise dans la flexion. (Saignée de douze onces; purgatif salin toutes les deux heures, jusqu'à évacuation; un peu de lait pour aliment.) Seize heures après le pansement, les intestins avaient été convenablement évacués; le malade était tranquille; la chaleur était modérée; une moiteur était répandue sur toute la surface du corps; pouls, 86. Le malade avait eu quelques heures d'un bon sommeil.

Le 27 avril, augmentation de la chaleur; interruption du sommeil; pouls à 96; peau moite; élancemens incommodes aux environs du coude-pied et du pied; pas de soif. Les mêmes moyens furent continués; un purgatif salin fut donné toutes les trois heures. En déroulant la bande appliquée sur la jambe, on remarqua un léger gonflement du coude-pied; une matière sanieuse s'était fait jour à la partie inférieure de l'appareil. De la charpie imbibée de la même teinture fut appliquée pour prévenir tout écoulement, et pour envelopper l'appareil d'une manière plus solide; six saignées furent appliquées à une petite distance du lieu de l'inflammation: les piqûres saignèrent abondamment, ce qui soulagea le malade. Le 29 avril, la nuit avait été bonne, la chaleur avait diminué, ainsi que la soif; le membre était sans douleur et sans gonflement, et l'inflammation de l'articulation était dissipée. Le 2 mai, le pouls était revenu au type normal. Lorsqu'on examina l'articulation malade, il s'écoula un peu de pus de la partie inférieure de l'appareil. On recouvrit encore les parties avec de la charpie humectée de la même manière. Depuis ce moment la teinture fut employée toutes les fois que cette espèce de calote parut se décoller. Au bout de deux mois et demi, le malade fut levé de son lit chaque jour, et placé sur un sofa. Entre le troisième et le quatrième mois, l'appareil fut enlevé. La plaie était complètement cicatrisée, sauf une légère érosion, qui disparut en peu de jours par un pansement simple. La fétilité de la plaie avait été peu marquée; le gonflement était peu considérable et la forme extérieure de l'articulation semblait parfaite. Au bout de cinq mois le malade marcha avec des béquilles. Des frictions furent faites avec un corps gras, soir et matin. Un mouvement obscur se rétablit dans l'articulation; et, au bout d'un an, il

marchait sans bâton. Il continua ses occupations, et vécut jusqu'à l'âge de 83 ans. Pendant les dix dernières années de sa vie, il marchait aussi bien qu'à aucune autre époque. »

Depuis le cas précédent, le docteur Abbott a constamment employé, avec un semblable succès, la même méthode dans un grand nombre de fractures compliquées. Une fracture compliquée de la cuisse, dans laquelle le fémur avait été brisé en un grand nombre de fragmens par une charrette pesamment chargée, a été guérie dans l'espace de six mois.

Observation 59, recueillie par M. Ransome. — Luxation compliquée du pied en dehors. — « Une femme âgée de 45 ans, lymphatique et scrofuleuse, dans un accès de toux et de dyspnée, tomba d'un tabouret élevé, et se fit une luxation compliquée du pied gauche sur lequel porta tout le poids du corps. La malléole externe était fracturée; une plaie par déchirure s'étendait dans la moitié du pourtour de l'articulation, et mettait à nu la malléole, en laissant la cavité articulaire assez ouverte pour admettre facilement le doigt et donner issue à la synovie. J'enlevai la portion d'os détachée; je réduisis la luxation, et je rapprochai très légèrement les parties molles; le membre fut placé sur le côté, et refroidi constamment par un mélange d'acétate de plomb et d'acétate d'ammoniaque; quelques opiacés et des émulsions furent administrés par intervalles. La constitution de la malade m'inspirait des craintes; cependant il ne survint que peu d'inflammation; la plaie se cicatrisa sans suppurer beaucoup et la malade put se livrer actuellement à une marche prolongée. »

Observation 60, communiquée par M. Chandler de Canterbury. — Luxation compliquée du pied en dedans avec fracture de la cuisse. — « En juillet 1818, un maçon âgé de 36 ans, maigre, mais bien constitué, tomba d'une hauteur de 30 à 40 pieds, sur des matériaux de construction. Les pieds supportèrent le poids du corps; la chute détermina des symptômes de commotion, une fracture de la cuisse, une contusion considérable accompagnée de déchirure à l'articulation du pied, qui était luxé en dedans. Le tibia reposait sur le bord interne de la poulie astragalienne; une portion de l'extrémité inférieure du tibia était fracturée, et le péroné était brisé à trois pouces de la malléole externe; les ligamens qui entourent l'articulation étaient déchirés. On éprouva peu de difficultés à réduire la luxation et les fragmens osseux, et l'on tenta la conservation du membre, à cause de la bonne constitution et de la sobriété du malade. On essaya la réunion de la plaie extérieure, par première intention; le membre fut placé dans une position fléchie et commode; on employa des lotions évaporantes et le traitement antiphlogistique le plus rigoureux. Il survint des symptômes d'inflammation intense et un écoulement synovial abondant; le mem-

bre et l'articulation étaient tuméfiés; on fut obligé de remplacer le traitement suivi jusqu'à par l'application des spiritueux chauds, des fomentations opiacées et des cataplasmes; les parties contuses paraissant tendre à la gangrène, on ajouta de l'acide hydrochlorique aux cataplasmes, et les médicamens internes furent variés suivant l'effet produit sur l'économie par la suppuration. La disposition à la gangrène céda aussitôt après l'application de l'acide hydrochlorique, dont j'ai souvent retiré de grands avantages dans des circonstances analogues. Au bout de quinze jours, la douleur et le gonflement diminuèrent; les symptômes généraux devinrent moins graves; la suppuration prit un aspect plus favorable; il s'écoula moins de synovie, et des bourgeons charnus se développèrent autour de la plaie. Le malade continua à aller de mieux en mieux jusqu'à la dixième semaine, époque à laquelle la plaie était presque entièrement guérie. Un mois plus tard, il quitta l'hôpital parfaitement bien, à un peu de raideur près dans l'articulation.

« J'ai vu un autre cas de luxation compliquée du pied, mais dans lequel la lésion n'était pas si grave; le sujet fut également guéri. »

Observation 61. — Communiquée par M. Stephen L. Hammick. — M. Hammick, chirurgien en chef de l'hôpital naval de Plymouth, où il a eu occasion de voir un grand nombre de lésions traumatiques des articulations, tout en étant favorable à l'opinion émise ci-dessus sur la conservation du membre dans les cas de luxation compliquée du pied, rapporte le fait suivant qui mérite d'être noté.

Un homme qui avait eu, aux Indes-Orientales, une luxation compliquée du pied, fut ramené en Angleterre comme invalide et entra à l'hôpital de Plymouth treize mois après l'accident. A cette époque, l'extrémité inférieure du tibia, quoique dans sa situation normale, était dénudée, noire et cariée. Au bout de dix-huit mois, elle se sépara du reste de l'os dans une longueur de plus de trois pouces. Trois ans et demi après l'accident, le malade quitta l'hôpital avec une plaie cicatrisée, mais avec une jambe raccourcie, déformée, ankylosée et disposée à se rompre par la plus légère violence.

Ce même chirurgien établit d'après sa longue expérience les cas dans lesquels l'amputation immédiate est nécessaire; c'est, suivant lui, lorsque, 1° l'extrémité inférieure du tibia et du péroné est brisée en plusieurs fragmens; 2° lorsque quelques-uns des os du tarse sont luxés ou fracturés; 3° lorsque de gros vaisseaux sont divisés et ne peuvent être liés sans un agrandissement considérable de la plaie et de grands ravages dans les parties molles; 4° lorsque les tégumens, les tendons et les muscles du voisinage sont largement déchirés; 5° lorsque le tibia faisant saillie, ne peut être remplacé par aucun moyen; 6° lorsque la constitution du malade est débilitée au moment de l'accident et paraît incapable de supporter

la douleur, la suppuration et l'alitement prolongé.

Observation 62^e, communiquée par M. Fiske. — *Luxation compliquée du pied en dedans.* — Un homme âgé de 60 ans tomba d'une échelle élevée. M. Fiske appelé pour lui donner des soins trouva le pied luxé en dedans. L'extrémité inférieure du tibia recouverte de son cartilage faisait saillie à travers les tégumens. Il replaça l'os immédiatement, rapprocha les parties molles à l'aide d'agglutinatifs, appliqua un bandage sur l'articulation, soutint le membre par des attelles, et prescrivit le repos le plus parfait. La plaie se cicatrisa sans accident, et, non-seulement le malade a guéri, mais même le membre a recouvré ses fonctions.

Observation 63^e, communiquée par M. Maddocks. — *Luxation compliquée du pied en arrière.* — «Un jeune homme vigoureux et bien portant se luxa le pied dans une chute de cheval. L'extrémité du tibia faisait saillie à travers une large plaie déchirée et contuse au devant de l'articulation. Le péroné était fracturé à quatre pouces environ au-dessus de l'articulation et son extrémité inférieure était séparée du tibia par la déchirure du ligament péronéo-tibial; mais elle ne faisait pas saillie. Les circonstances étaient défavorables sous beaucoup de rapports, car la déchirure s'étendait à beaucoup de ligamens et à quelques tendons; mais comme le tibia était intact et le péroné fracturé seulement dans le sens transversal, je fus porté à tenter la conservation du membre, ayant égard à la bonne constitution du malade, et surtout à la sanction du docteur Wright, homme d'une grande expérience. Les os furent réduits assez facilement, et le membre fut placé dans la flexion, sur le côté, et soutenu par une large attelle concave. Les symptômes consécutifs furent moins graves qu'on n'aurait dû s'y attendre, bien que quelques portions des tégumens se fussent gangrenées et qu'il se fût établi dans l'articulation deux abcès distincts suivis d'exfoliations peu étendues. Le malade recouvra en trois mois l'usage de son membre, et maintenant il ne se ressent plus de l'accident.»

Observations 64^e et 65^e, communiquées par M. Maddocks. — «Ces luxations furent occasionnées par une chute de cheval, chez deux jeunes garçons d'une bonne constitution. Dans les deux cas, la malléole interne était fracturée; le péroné et le tibia sortaient à travers les tégumens, dans une étendue de deux à trois pouces. Dans l'un des cas, la portion du péroné qui était au dehors tenait encore à la partie antérieure de l'astragale par son ligament; dans l'autre, elle était totalement libre. J'enlevai la portion détachée du péroné; les os se réunirent facilement; le membre fut placé dans l'extension et supporté par de longues attelles. Dans les deux cas, l'inflammation fut intense. Dans l'un, il se forma

un vaste abcès vers le milieu de la jambe; la suppuration dura quelques semaines, entraînant avec elle des portions ligamenteuses et membraneuses gangrenées. La plaie se cicatrisa peu à peu; la suppuration diminua, et l'enfant guérit sans beaucoup de gêne dans les mouvemens du pied. L'autre malade aurait été aussi heureux sans l'exfoliation de l'extrémité du tibia, qui, bien que peu considérable, retarda de plusieurs semaines la guérison, et laissa les mouvemens de l'articulation moins libres que dans le cas précédent, mais suffisans pour les circonstances ordinaires de la vie.»

Observation 66^e, communiquée par M. J. Ormond. — *Luxation compliquée du pied en dehors.* — «Le 22 octobre, je fus appelé auprès de Thomas Saxty, âgé de 13 ans, dont le pied gauche avait été engagé dans la courroie d'une machine. Il en était résulté une luxation compliquée du pied en dehors. Le tibia et le péroné faisaient une saillie de quatre à cinq pouces au travers des tégumens, qui étaient horriblement déchirés; la plaie s'étendait de la malléole externe obliquement à la partie postérieure du tibia, et à cinq pouces de la tête de cet os. En introduisant les doigts dans l'articulation, je trouvai l'astragale tout-à-fait libre par la déchirure de ses ligamens. A la vue d'un accident si grave, je pensais qu'il était impossible de sauver le malade, en conservant le membre. Mais la violence de la secousse, la pâleur du visage et le froid des membres me déterminèrent à différer l'amputation, jusqu'à ce que le malade fût revenu de la première impression produite par l'accident, et je m'occupai de la réduction que j'obtins sans beaucoup de difficultés. J'appliquai de la charpie sur la plaie; et sur le membre un bandage à bandelettes peu serré. Le lendemain, à six heures du soir, la jambe était considérablement enflammée au-dessus de la plaie; la cuisse qui avait été blessée dans l'accident était très-douloureuse. Ces circonstances firent ajourner l'opération. (Cataplasme; demi-flexion du membre; potion avec vingt gouttes de laudanum.) La nuit fut mauvaise. Le 24, l'inflammation avait fait des progrès; la jambe était sensible à la pression; la surface de la plaie était sèche, noire et sphacélée. (Vin, potion opiacée.) La nuit fut meilleure. L'état de la plaie s'améliora; et, le 26, une ligne distincte de démarcation sépara les parties mortes. Au bout de trois semaines, toutes les parties sphacélées furent séparées, laissant une plaie d'une étendue considérable. Un mois après l'accident, la suppuration était très-abondante; mais, la constitution du sujet étant bonne, je résolus de n'amputer que dans le cas où les symptômes l'exigeraient impérieusement. Quatre pouces environ de l'extrémité inférieure du péroné étaient à découvert, et devaient indubitablement s'exfolier. Le 26 novembre, je fis placer le malade sur le dos, pour éviter la douleur que causeraient les mouvemens exigés par chaque pansement. La plaie

avait alors un aspect peu favorable, les bourgeons charnus étaient volumineux et flasques. La solution affaiblie de nitrate d'argent, et celle de sulfate de zinc furent essayées sans avantage marqué. Le 30 novembre, six semaines environ après l'accident, la malléole externe s'exfolia; trois jours après, je parvins à retirer une large portion de la surface articulaire du tibia. En peu de jours, la suppuration diminua, mais la plaie ne semblait pas disposée à se cicatriser. J'appliquai un emplâtre agglutinatif, sous forme de bandage à bandelettes, dans toute l'étendue de la plaie, c'est-à-dire, depuis le coude-pied jusqu'à quatre pouces au-dessous du genou. Peu de jours après, la cicatrisation commença; et depuis, la guérison a marché avec une rapidité incroyable. Quinze semaines après l'accident, l'enfant pouvait parcourir, avec des béquilles, l'espace d'un demi-mille. Il pouvait mettre son pied à plat sur le sol, et marcher dans sa chambre sans aucun appui. Pendant les deux mois suivant, j'ai imprimé chaque jour des mouvemens passifs à l'articulation du pied; mais, quoiqu'elle ne soit pas tellement ankylosée que tout mouvement soit impossible, cependant l'étendue de la lésion me fait craindre que le malade ne recouvre jamais le complet usage de son membre. Il est étonnant que, dans une déchirure si considérable, aucune artère exigeant une ligature n'ait été ouverte.

«J'ai vu, chez une femme de cinquante ans, maigre, une luxation compliquée du pied en dedans, accompagnée d'une déchirure peu considérable. Elle fut facilement réduite et la malade guérit, mais avec une ankylose complète.»

Observation 67^e, communiquée par M. John Needham. — *Luxation compliquée du pied en dedans.* — Catherine Paddimore, âgée de 72 ans, fut reçue à l'hôpital, le 4 septembre 1821, pour une luxation compliquée du pied droit. Pendant qu'elle ramassait des poires, son mari, qui était monté sur l'arbre, tomba, et, dans sa chute, heurta contre le dos de cette femme; Le choc détermina une luxation du pied en dedans. Après avoir enlevé une quantité considérable de sang caillé, on trouva que l'extrémité inférieure du tibia faisait saillie de près de trois pouces à travers les tégumens. Le pied était complètement renversé en dehors et le péroné fracturé en deux endroits. La malade étant placée sur le côté droit et la plaie ayant été lavée, le genou fut mis dans la flexion, et à l'aide d'une traction modérée, on replaça le tibia et on opéra la coaptation des fragmens du péroné. Les bords de la plaie furent rapprochés avec des agglutinatifs; on fit usage de l'attelle et de l'appareil de M. Dupuytren, et de lotions évaporantes. La malade resta couchée sur le côté droit, et le membre fut maintenu dans la flexion. L'épuisement était extrême; les intestins furent évacués avec le sulfate de magnésie.

Le 5 septembre, sommeil nul; langue blanche; pouls fréquent et fort; selles; douleur et gonflement peu intenses au coude-pied. (Saignée de 20 onces pour le soir). La douleur et le gonflement augmentèrent un peu; le pouls devint fréquent et moins dur. (Application immédiate de 16 sangsues, tartre stibié, sulfate de magnésie à petites doses.) Le 6 septembre, sommeil de plusieurs heures; pouls fréquent et mou; peau fraîche; point de selles depuis la veille; langue blanche; absence de douleur dans la jambe dont l'aspect est très-favorable. (Sulfate de magnésie.)

Le 8 et les jours suivans, l'amélioration fut rapide, et le 4 octobre la malade put s'asseoir; le 13, elle marchait avec des béquilles. L'été suivant elle avait l'usage parfait de son membre.

Observation 68^e. Luxation du pied en dehors. — William Thomas, âgé de 18 ans, entra à l'hôpital de Guy, le 28 juin 1823, pour une luxation compliquée du pied en dehors, causée par la chute d'une harrigue de tabac sur sa jambe. Le pied était complètement ramené en dedans et la malléole externe fracturée. Celle-ci ayant été enlevée, le membre fut placé dans la flexion et muni d'une attelle à son côté interne. Deux points de suture rapprochèrent les lèvres de la plaie qui fut recouverte par un gâteau de charpie; la jambe fut continuellement arrosée avec une solution d'acétate de plomb, on prescrivit 40 gouttes de teinture d'opium et le repos. Le 29 juin, (cinq grains de calomel suivis d'une potion purgative.) Le 30, on retira la charpie et on plaça un cataplasme; aucun symptôme fébrile ne s'étant manifesté, on continua le même traitement jusqu'au 14 juillet.

Le 15 juillet, le cataplasme fut remplacé par une lotion opiacée. Le 18, insomnie, langue blanche, pouls fréquent, inflammation et gonflement de la jambe, douleur intense. (Potion saline toutes les 3 heures.)

Le 25, une collection purulente s'étant formée le long du tibia, une ouverture fut pratiquée et donna issue à une grande quantité de pus. (Cataplasme sur l'incision; Lotions opiacées sur la plaie.)

Le 28, on accorda au malade une alimentation animale et du porter. On prescrivit en outre le quinquina et l'ammoniaque toutes les 6 heures.

Le 6 août, on fut obligé de pratiquer une seconde incision pour une nouvelle collection qui s'était formée.

On continua les mêmes prescriptions et le même régime. A partir de cette époque, la guérison marcha rapidement, et à la fin du mois le malade put quitter son lit.

Observation 69^e, communiquée par M. Frédéricq Tyrrell. — *Luxation du pied en arrière.* — James Price, âgé de 39 ans, homme robuste, tomba hors de sa voiture qui versa et eut les jambes prises sous le brancard; dans ses efforts pour se