

*médico-chirurgicale* de 1854. Nous avons observé l'an passé une luxation de ce genre à l'hôpital Lariboisière. Elle s'était produite chez un homme qui, saisi et entraîné par le volant d'une roue, tournait comme elle. A chaque tour les pieds du malheureux venaient frapper un mur; aussi, pour éviter ce choc, avait-il violemment contracté ses biceps en fléchissant les jambes. En l'examinant, nous trouvâmes la tête du péroné droit détachée, absolument mobile et suspendue au tendon du biceps. Lorsque la jambe était étendue, on abaissait facilement la tête du péroné et on l'amenait presque au contact du fragment inférieur. Mais si à ce moment on commandait au malade de fléchir le genou, la tête du péroné remontait aussitôt de deux travers de doigt, laissant un large espace entre elle et sa diaphyse.

Le malade guérit sans que la soudure de l'épiphyse détachée eût été obtenue; il marche bien et sans fatigue.

**LUXATIONS DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU PÉRONÉ.** — Les cas de Nélaton<sup>(1)</sup> et de Tillaux<sup>(2)</sup> sont les deux seuls exemples de ce déplacement. La luxation observée par Nélaton avait été produite par une roue de voiture passant obliquement sur la partie inférieure de la jambe, de manière à repousser directement la malléole en arrière; celle-ci se trouvait presque en contact avec le bord externe du tendon d'Achille; la face externe de l'astragale abandonnée par le péroné pouvait facilement être reconnue par le toucher dans presque toute son étendue; le pied avait conservé sa rectitude normale, ce qu'il faut attribuer à l'intégrité du ligament latéral interne.

Le malade de Tillaux était un homme qui avait fait un faux pas et était tombé en descendant d'omnibus. L'extrémité inférieure du péroné pouvait être facilement portée en avant et en arrière, et l'on pouvait l'écartier en dehors au point d'introduire le doigt entre sa face interne et l'astragale. C'est là, à la vérité, un exemple de diastasis très étendu, mais ce n'est guère une véritable luxation.

## XVI

## LUXATIONS TIBIO-TARSIENNES OU LUXATIONS DU PIED SUR LA JAMBE

Classiques. — DELORME, art. PIED du *Dict. de méd. et de chir. prat.* — CHAUVEL, art. PIED du *Dict. encycl. des sciences méd.* — POINSOT, De l'intervention dans les luxations compliquées du cou-de-pied. Thèse de Paris, 1877.

Nous ne consacrerons que quelques pages à ces déplacements qui ressortissent plus particulièrement à l'étude des fractures des malléoles, la luxation du pied sur la jambe ne devant être considérée le plus souvent que comme une complication de ces fractures. Les luxations du pied se font en dehors, en dedans, en avant et en arrière.

**LUXATION DU PIED EN DEHORS.** — C'est une complication de la fracture du péroné par divulsion. Cet os est fracturé à 6 centimètres de la pointe de la malléole externe, la malléole interne est fracturée à sa base, ou bien le ligament latéral interne est arraché. Souvent il existe une plaie au-dessous de la malléole

<sup>(1)</sup> NÉLATON, *Pathologie chirurgicale*, t. II, p. 475, 1<sup>re</sup> édit.

<sup>(2)</sup> DUNAND, Thèse de Paris, 1878.

interne dans laquelle fait saillie cette apophyse ou l'extrémité du fragment tibial lorsque la malléole est arrachée.

L'astragale est portée directement en dehors et sa poulie ne correspond plus qu'à la moitié externe de la mortaise péronéo-tibiale (fig. 114). Ou bien il s'est incliné sur son axe vertical, de telle façon que sa face externe regarde en haut et en dehors, sa poulie en dedans.

Les *symptômes* sont ceux de la fracture par divulsion exagérés. Le coup de hache de Dupuytren apparaît à la partie externe de l'extrémité inférieure de la jambe dans toute son évidence, le pied est dans l'abduction, son bord externe est en haut, sa pointe tournée en dehors.

En dedans, la malléole interne, et si cette dernière a été arrachée, l'extrémité inférieure du tibia forme une forte saillie qui distend les téguments lorsqu'ils n'ont pas été perforés. De l'écartement en dehors de la malléole externe résulte un élargissement considérable de l'espace intermalléolaire.

Huguier a rapporté une observation dans laquelle le déplacement du pied en dehors était tel, qu'il appuyait par tout son bord externe sur le plan du lit; il appelle ce déplacement luxation par rotation en dehors. Ce n'est qu'une exagération du déplacement précédent. Thomas, Soubie<sup>(1)</sup>, ont rapporté des cas analogues.

**LUXATION DU PIED EN DEDANS.** — Elle est moins souvent observée que la précédente; en revanche, elle est moins souvent qu'elle accompagnée de fractures malléolaires. Sur 22 cas, Malgaigne en a trouvé 8 sans cette complication. Elle résulte soit d'une chute sur le côté externe du pied tourné en dedans, soit d'un traumatisme portant sur la partie inférieure et interne de la jambe.

Le déplacement du pied en dedans se fait de deux façons : 1<sup>o</sup> la malléole interne ou une portion angulaire de l'extrémité interne du tibia est détachée et l'astragale se porte transversalement en dedans, entraînant avec lui tout le pied; ou bien, 2<sup>o</sup> l'astragale se renverse, sa poulie regarde directement en dehors et sa face interne en haut.

Les *symptômes* sont les suivants : le pied est en adduction, la plante tournée en dedans, le bord interne tourné en haut est concave, l'externe devenu inférieur est convexe.

La malléole externe fait une forte saillie en dehors; au-dessous d'elle est une dépression dans laquelle les doigts peuvent s'enfoncer. La malléole interne, au contraire, est masquée par le gonflement et disparaît au fond de l'angle qui résulte de la jonction du pied avec la jambe.

L'exemple de luxation en dedans par rotation observé par Polosson est exceptionnel : « Un garçon de dix-sept ans eut le pied pris entre les rayons d'une roue de voiture en marche, et le pied subit un mouvement combiné d'extension forcée et de rotation en dedans qui lui permit de contourner la malléole interne et de passer au-dessous. Le pied est placé transversalement, la pointe en

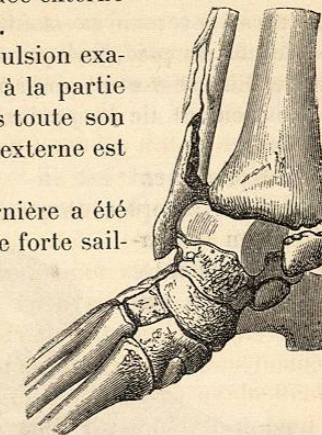


FIG. 114. — Luxation du pied en dehors avec fracture du péroné et arrachement de la malléole interne. (Follin.)

<sup>(1)</sup> THOMAS, *Revue de chirurgie*, 1887, p. 821.

dedans, le talon en dehors, la plante en bas et en arrière, la face externe en avant, l'interne en arrière et en haut. Il est tellement remonté derrière les os de la jambe que la face externe de l'astragale correspond à la face postérieure du tibia » (observation rapportée par Chauvel, *Dictionnaire encyclopéd.*, 2<sup>e</sup> série, t. XXV, p. 104).

**LUXATION DU PIED EN ARRIÈRE.** — Cette luxation est produite par une extension forcée du pied, fixé par un obstacle pendant que le corps se renverse en arrière. Elle se verrait aussi à la suite de chocs sur la partie postérieure de la jambe, le pied étant toujours fixé (Chauvel).

Le déplacement est incomplet ou complet. Dans la luxation incomplète, le bord antérieur du tibia s'a-

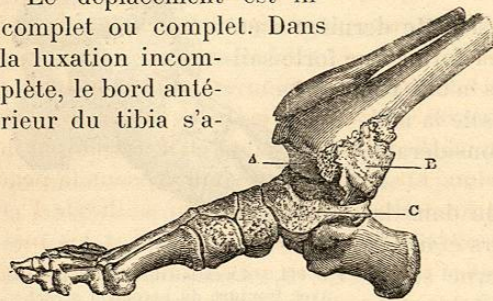


FIG. 115. — Luxation du pied en arrière.

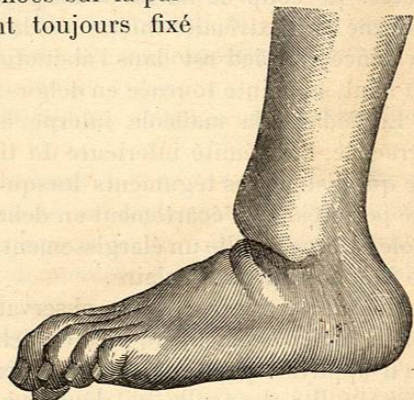


FIG. 116. — Luxation du pied en arrière. Déformation. (Follin.)

vance sur le col de l'astragale; son bord postérieur, généralement fracturé, appuie sur le milieu de la poulie astragaliennne. Lorsque la luxation est complète, le bord postérieur du tibia repose sur le col de l'astragale et son bord antérieur répond au scaphoïde (fig. 115 et 116). Les ligaments latéraux sont rompus, plus souvent encore les malléoles sont arrachées; un fragment de la face postérieure du tibia est souvent détaché, et quelquefois on constate un diastasis de l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Le pied est étendu, le talon relevé, mais il n'est généralement pas incliné en dedans ou en dehors.

Le symptôme dominant est le raccourcissement de la face dorsale du pied et l'allongement proportionnel du talon. L'axe de la jambe est par conséquent reporté en avant. Dans la luxation incomplète, ce symptôme est relativement peu accusé, mais il est évident dans la luxation complète (1).

En avant, on sent avec les doigts le rebord antérieur du tibia déplacé qui soulève les tendons extenseurs. En arrière, le tendon d'Achille décrit une courbe à concavité postérieure. Entre ce tendon et la face postérieure du tibia, la palpation laisse reconnaître la poulie astragaliennne déplacée en arrière.

En même temps que ces symptômes qui appartiennent en propre au déplacement du pied, on peut relever la crépitation, la mobilité anormale, etc., qui sont en relation avec les fractures malléolaires qui l'accompagnent.

**LUXATION DU PIED EN AVANT.** — Cette luxation peut se produire soit par la flexion forcée du pied (luxation par *glissement oblique* d'Huguier), soit par *glisse-*

(1) Dans une thèse récente, juillet 1897, M. Ausselin insiste sur la facilité avec laquelle on peut méconnaître la subluxation tibio-tarsienne. Lorsque cette subluxation est méconnue le blessé reste infirme.

*ment direct*, les os de la jambe étant violemment refoulés d'avant en arrière pendant que le pied est fixé sur le sol (fig. 117).

La luxation est incomplète ou complète. Le bord antérieur du tibia repose sur le milieu de la poulie astragaliennne lorsque la luxation est incomplète; il est en arrière de la poulie de l'astragale si le déplacement est complet. La fracture de la malléole interne est une complication fréquente du déplacement du pied en avant; beaucoup plus rare est la fracture du péroné.

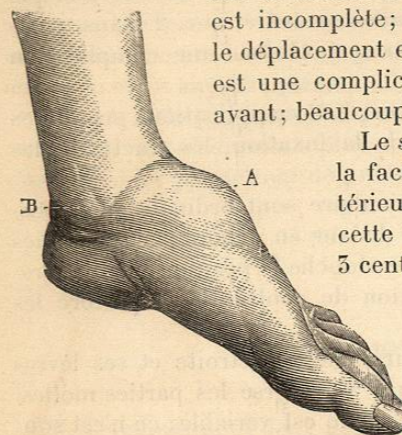


FIG. 117. — Luxation du pied en avant.

Le symptôme le plus frappant est l'allongement de la face dorsale du pied mesurée depuis le bord antérieur du tibia jusqu'à l'extrémité du gros orteil: cette face peut présenter un allongement de 2 à 5 centimètres.

En arrière, le talon est effacé, le tendon d'Achille accolé à la face postérieure du tibia; il n'y a plus de relief formé par le talon. En avant, on reconnaît, sous la peau et les tendons extenseurs, la saillie de l'astragale. De chaque côté, on sent les malléoles un peu en avant du tendon d'Achille;

elles sont abaissées et plus ou moins rapprochées de la plante du pied.

**LUXATIONS EN HAUT.** — Ce déplacement est exceptionnel. Selon Nélaton, la luxation en haut n'est qu'une variété de la luxation en dehors dans laquelle le péroné, au lieu de se rompre, se sépare de l'extrémité inférieure du tibia de manière à permettre à l'astragale de se loger entre les deux os de la jambe. Schwartz a observé cet enclavement de l'astragale entre le tibia et le péroné, en même temps la malléole interne était arrachée et le péroné fracturé dans son tiers supérieur. Voici les symptômes que Dupuytren a assignés le premier à ce déplacement: « la jambe était raccourcie, l'espace bimalléolaire presque doublé, la saillie malléolaire interne abaissée jusqu'au niveau de la plante du pied, l'astragale, la malléole péronière et la totalité du pied remontés jusqu'à 2 pouces de hauteur.

*Traitement des diverses variétés de luxations du pied.* — La réduction des luxations latérales simples est ordinairement facile; une traction est faite sur le pied, en même temps une pression directe refoule vers sa cavité l'astragale déplacé. Pour les luxations du pied en avant, la même manœuvre exécutée pendant le sommeil anesthésique donne généralement la réduction.

La luxation du pied en arrière est celle qui offre le plus de difficultés; le chirurgien peut non seulement avoir de la peine à corriger le déplacement, mais encore à le maintenir réduit. C'est pour cette raison qu'un certain nombre d'appareils ont été préconisés. Celui de Richet, de Follet (de Lille) (1), la compression directe du tibia faite d'avant en arrière, avec des tampons ou avec la pointe de Malgaigne, ont donné de bons résultats. On a encore conseillé, dans les cas vraiment difficiles, de pratiquer la section du tendon d'Achille de façon à empêcher l'action des gastro-cnémiens qui attirent le pied en arrière et font saillir le tibia en avant.

Nous pensons que, dans la grande majorité des cas, une solide gouttière

(1) Décrits par CHAUVEL, art. PIED du *Dictionnaire encyclopédique*.

plâtrée, placée dès que la réduction *complète* vient d'être obtenue par des manœuvres faites sous le chloroforme, maintiendra mieux que tout autre appareil la correction du déplacement.

Les *complications* des luxations tibio-tarsiennes sont habituelles, puisque Josse (d'Amiens), sur 52 luxations, n'en avait rencontré que 2 sans complications, et que Poinot, dans 28 cas, a trouvé 24 fois une complication signalée.

Elles se divisent en primitives et consécutives. Les complications primitives sont : les plaies communiquant avec le foyer de la luxation, les fractures, les lésions vasculaires et nerveuses.

Les plaies communiquant avec la cavité articulaire sont ordinairement produites par la perforation des parties molles de dedans en dehors par les saillies osseuses déplacées; un fragment oblique acéré embroche la peau ou bien l'extrémité osseuse déplacée n'a subi aucune solution de continuité et perce les téguments en les contondant.

La plaie est quelquefois très large. Ailleurs elle est étroite et ses lèvres étranglent en quelque sorte la portion d'os qui a traversé les parties molles. L'étendue de la portion d'os qui émerge de la plaie est variable; ce n'est souvent qu'une pointe osseuse visible entre les lèvres de la blessure, tandis que quelquefois l'os sort de 15 centimètres (Poinot).

Les fractures malléolaires, les écrasements de l'astragale et du calcaneum s'observent aussi, ainsi que la déchirure des ligaments, l'ouverture des gaines synoviales, la rupture des vaisseaux par distension forcée (artères tibiales antérieure et postérieure, péronière, la rupture de la veine saphène interne, cas de Dupuytren), et la déchirure du nerf tibial postérieur.

Les complications consécutives, habituelles autrefois, étaient l'arthrite, les synovites purulentes et la gangrène. La gangrène succédait : 1° à la compression exercée sur les parties molles par les saillies osseuses déplacées; 2° aux troubles de la circulation et de l'innervation précédemment signalés, et surtout à l'inflammation septique qui accompagnait presque fatalement les désordres articulaires.

Le pronostic de ces luxations, fort grave autrefois, n'est plus le même aujourd'hui. Sans reproduire les chiffres statistiques de Poinot, qui ne correspondent plus aux résultats de la période actuelle, on peut dire avec lui et les auteurs les plus récents, Stimson, Chauvel, etc., que la guérison avec conservation des fonctions et des mouvements de la jointure tibio-tarsienne est la règle.

*Traitement des luxations compliquées.* — La première indication à remplir est de soigneusement nettoyer l'extrémité osseuse saillante à travers la plaie; de désinfecter l'articulation ouverte par des lavages antiseptiques, puis de réduire le déplacement.

Mais il est des cas où l'extrémité articulaire luxée ne peut être rendue aseptique; elle est incrustée de sable, de graviers, etc.; d'autre part, sa saillie à l'extérieur peut être telle, que même sous le sommeil anesthésique le chirurgien est dans l'impossibilité de la refouler dans la cavité articulaire. Il faut alors pratiquer une résection.

Cette résection n'est point une résection typique, elle se borne quelquefois à l'extraction de quelques esquilles mobiles par la plaie agrandie. Ailleurs elle sera plus étendue, mais on n'enlèvera de l'os saillant à l'extérieur que la quantité suffisante pour réduire.

Le lavage antiseptique du foyer de la luxation suivra ces résections. Un drain placé au fond de la cavité articulaire assurera l'écoulement des liquides et la plaie ne sera point suturée. Un pansement antiseptique, soigneusement établi, entourera le cou-de-pied, et une gouttière plâtrée placée par-dessus ce pansement assurera l'*immobilité* de la jointure en bonne position. Le drain sera retiré vers le quatrième ou le cinquième jour si la plaie a pu être préservée de tout contact septique et ne suppure point.

Grâce à cette pratique, l'amputation de jambe, qui était la règle de traitement autrefois, ne s'adressera plus qu'aux cas exceptionnels où les délabrements considérables permettent de prévoir un sphacèle imminent du pied.

## XVII

## LUXATIONS DE L'ASTRAGALE

Elles comprennent deux groupes de déplacements :

1° Les *luxations sous-astragaliennes* dans lesquelles l'astragale, conservant ses rapports avec la mortaise péronéo-tibiale, se déplace sur le calcaneum et le scaphoïde;

2° Les *luxations de l'astragale proprement dites* (luxations doubles, luxations totales).

Dans ce second groupe, l'astragale, privé de ses connexions avec la mortaise tibio-tarsienne et avec les os du tarse, est expulsé hors de sa cavité articulaire ou bien, restant dans la mortaise, il y subit différents changements de position.

## A. — LUXATIONS SOUS-ASTRAGALIENNES

BROCA, *Mémoires de la Soc. de chir.*, 1855, p. 566. — MALGAIGNE, *Traité des luxations.* — QUÉNU, *Bull. de la Soc. anat.*, 1882, p. 382. — POINOT, *De l'intervention dans les luxations du cou-de-pied.* Paris, 1877. — HAMILTON, *Traité des fractures et luxations.* — DELORME, *Dict. de méd. et de chir. prat.* — DEHOEY, *Thèse de Lyon*, 1894-1895. — G. MARCHANT, *Revue d'orthopédie*, 1892, p. 168.

Avec Quénu, nous décrirons trois groupes de luxations sous-astragaliennes : 1° les luxations dorsales; 2° les luxations marginales (sur le bord interne du pied); 3° les luxations en arrière.

I. *Luxations dorsales.* — Suivant la position de la tête astragalienne déplacée, les luxations de ce groupe peuvent elles-mêmes être subdivisées en trois catégories : 1° directes en avant (rares); 2° obliques en avant et en dehors (communes); 3° directes en dehors et en avant (en dehors de Malgaigne) (?).

La luxation *directe en avant* est fort rare : ce sont toujours les cas de Carmichael (rapportés par Mac Donnell) et de Thierry qui servent à sa description.

Carmichael était à cheval, sa monture s'abattit. Pour ne pas être précipité en avant, Carmichael se rejeta en arrière en étendant fortement la jambe, et le pied heurta le sol par l'extrémité du premier métatarsien, le bord interne du pied étant légèrement incliné en bas et en dehors : l'astragale fut projeté directement en avant, sur le dos du pied, par le poids du corps.