

jours après l'accident, et Gerdy ne crut pas devoir tenter la réduction. La marche s'exécutait assez bien.

Malgaigne émet, au sujet de cette observation, des doutes que nous partageons, et que de nouveaux faits ne sont pas encore venus dissiper.

3° Luxation simultanée des deux extrémités du péroné.

Boyer a observé un cas encore unique de ce déplacement produit par un renversement violent du pied en dehors. Le péroné, au lieu de se fracturer à son extrémité inférieure, avait glissé en totalité de bas en haut, de sorte que sa tête s'était portée au-dessus de la facette tibiale. Les deux luxations furent réduites à la fois en ramenant le pied dans sa rectitude, et le sujet guérit en conservant seulement un peu de roideur du cou-de-pied.

§ XXIII. — Luxations de l'articulation tibio-tarsienne.

Une grande confusion règne parmi les auteurs, relativement à la dénomination des différentes variétés de luxations tibio-tarsiennes; les uns admettant que les os de la jambe se luxent sur l'astragale; les autres supposant que c'est l'astragale qui se déplace par rapport aux os de la jambe. A. Cooper enfin, laissant de côté le péroné, a attribué le déplacement au tibia seul.

Pour se conformer aux principes généraux de la nomenclature des luxations, il faudrait désigner les luxations tibio-tarsiennes sous le nom de luxations du pied, ou, avec plus de précision encore, sous celui de luxations de l'astragale, en supposant que cet os se déplace sur le tibia et le péroné. Quoique le contraire arrive le plus souvent, ce ne serait pas une raison suffisante pour contrevenir à l'usage adopté dans la terminologie des luxations, si cet usage n'offrait ici de sérieux inconvénients.

Le titre de *luxations du pied*, beaucoup trop vague, est de nature à entraîner de fréquentes erreurs; certains auteurs, décrivant, par exemple, sous le nom de *luxation du pied en dehors*, des cas où la plante du pied regarde en dehors, tandis que, dans la véritable luxation du pied en dehors, la plante du pied est nécessairement inclinée en dedans.

La dénomination de *luxations de l'astragale*, qui semble plus précise au premier abord, est cependant plus défectueuse encore, car, ainsi que nous le verrons, elle s'applique à une espèce toute particulière de déplacement, et de plus, dans le cas présent, elle est à tout moment employée à contre-sens dans les luxations latérales; la plupart des auteurs décrivant, sous le nom de *luxations de l'astragale en dedans*, des cas où cet os est projeté en dehors, et où le tibia fait une forte saillie en dedans.

Malgaigne a parfaitement fait ressortir toutes ces difficultés, et nous restons persuadé que la seule manière de s'entendre, au sujet des luxations tibio-tarsiennes, c'est de convenir une fois pour toutes que ce sont

les os de la jambe qui se déplacent sur l'astragale, et d'établir le sens du déplacement d'après la situation du tibia par rapport à l'astragale.

Outre que cette manière de faire est plus conforme à la réalité des choses, elle trouve encore son excuse dans certaines conditions propres aux luxations tibio-tarsiennes, qui s'accompagnent presque constamment de fractures d'une ou des deux malléoles, et constituent ainsi des lésions plus ou moins complexes, et, par conséquent, différentes des luxations ordinaires.

Après avoir ainsi déterminé les bases de notre classification des luxations tibio-tarsiennes, nous admettons les variétés suivantes: 1° la *luxation en dedans*; 2° la *luxation en dehors*; 3° la *luxation en avant*; 4° la *luxation en arrière*. A ces quatre variétés principales, on en a ajouté quelques autres qu'il est cependant possible de rattacher à l'une des précédentes; telles sont: la *luxation en haut*, la *luxation par rotation du pied en dehors*.

Afin d'éviter de nombreuses répétitions, nous étudierons parallèlement chaque variété; mais, avant tout, et pour fixer nettement les idées, nous établirons les caractères anatomiques de chaque déplacement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — 1° *Luxation en dedans*. — Il est fort douteux que cette luxation existe jamais sans fracture concomitante du péroné. Trois faits cités par Boyer, Louis et Bichat, sembleraient cependant démontrer la possibilité de la luxation simple. Mais dans l'observation de Boyer, que nous avons rapportée dans le paragraphe précédent, il existait une luxation des deux extrémités du péroné, ce qui pouvait tenir lieu de la fracture, et dans les deux autres cas, les détails ne sont pas assez précis pour qu'il soit permis de les accepter sans restriction.

La fracture du péroné siège le plus souvent à 5 ou 6 centimètres au-dessus de la malléole; celle-ci, séparée du tibia, est plus ou moins déviée en dehors, de manière à élargir la mortaise péronéo-tibiale. Dans quelques cas, cependant, le péroné, toujours séparé du tibia à son extrémité inférieure, est fracturé beaucoup plus haut, vers l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur de l'os.

Les rapports du tibia et de l'astragale sont très-variables; le plus souvent, les deux os ne se sont pas entièrement abandonnés, en sorte que l'on pourrait dire la luxation incomplète. Le tibia fait en dedans une saillie plus ou moins considérable, résultant de ce que l'astragale est toujours porté en dehors. On a dit que sa face supérieure était inclinée en dedans, et l'on s'est basé sur ce fait pour donner au déplacement le nom de *luxation du pied* ou de *l'astragale en dedans*; mais, outre que cette inclinaison de l'astragale est très-rare, d'après les recherches de Malgaigne, on voit tout de suite combien la dénomination de luxation de l'astragale en dedans est vicieuse, puisque cet os se trouve toujours déplacé en dehors par rapport au tibia. La figure 95 montre bien les rapports réciproques de l'astragale et des os de la jambe.

Malgaigne a signalé une variété de déplacement dans lequel le tibia se

porte en même temps *en dedans et en avant*. Mais cette variété rare ne nous paraît pas mériter une description particulière.

Dans un cas observé par Huguier (1) et décrit par lui sous le nom de *luxation du pied par rotation en dehors*, l'astragale avait éprouvé un mouvement de rotation autour de son axe vertical, en sorte que sa face interne regardait en avant et sa face externe en arrière.

Enfin, Nélaton a décrit, sous le nom de *luxation en haut*, une variété dans laquelle le péroné et le tibia, étant séparés l'un de l'autre, l'astragale vient s'enclaver entre ces deux os.

Nous avons dit que toute luxation tibio-tarsienne en dedans s'accompagnait de fracture de la malléole externe ou du moins d'écartement des surfaces articulaires péronéo-tibiales inférieures.

D'autres lésions anatomiques existent encore du côté interne de la jointure. Si la malléole tibiale est intacte, le ligament latéral interne est rompu; quel-

quefois la malléole interne est elle-même arrachée à sa base. Enfin, au lieu d'une simple disjonction de l'articulation péronéo-tibiale, Josse (2), d'Amiens, a vu deux fois la malléole externe entraîner avec elle un fragment de la surface articulaire du tibia.

2° *Luxation en dehors*. — Cette luxation est assez mal déterminée au point de vue anatomique, et, chose singulière, elle est également désignée par les auteurs sous le nom de *luxation du pied ou de l'astragale en dehors*. Mais, de même que pour la variété précédente, cette dénomination est vicieuse, attendu que si la face supérieure de l'astragale est bien tournée en dehors, cet os n'est pas déplacé dans ce sens, mais au contraire, le péroné ou même les deux os de la jambe sont projetés en dehors de l'astragale.

La luxation peut d'ailleurs exister sans fracture; le plus souvent, le tibia, le péroné, ou même les deux ensemble, sont brisés, et très-fréquemment il y a complication de plaie avec issue des os. La plupart des ligaments, et surtout le ligament latéral interne, sont déchirés; enfin, il y a quelquefois écartement de l'articulation péronéo-tibiale inférieure.

3° *Luxation en avant (luxation du pied en arrière des auteurs)*. — Elle peut être *incomplète* ou *complète*. Dans le premier cas, la surface articulaire du tibia, portée en avant de l'astragale, auquel elle répond encore en

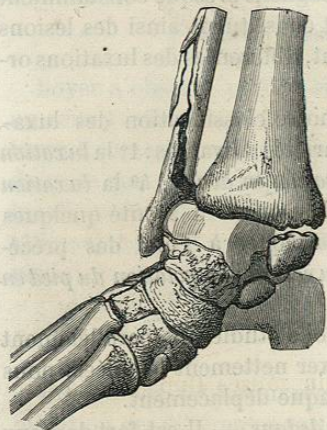


FIG. 95. — Luxation tibio-tarsienne en dedans, avec fracture du péroné et arrachement de la malléole interne. (Malgaigne.)

(1) *Mémoire sur les luxations du pied* (Union méd., 1848, p. 120).

(2) *Mélanges de chirurgie pratique*, 1835, p. 292 et suiv.

arrière, atteint par sa partie antérieure le niveau du scaphoïde, dont elle reste écartée par un intervalle qui peut facilement admettre le doigt.

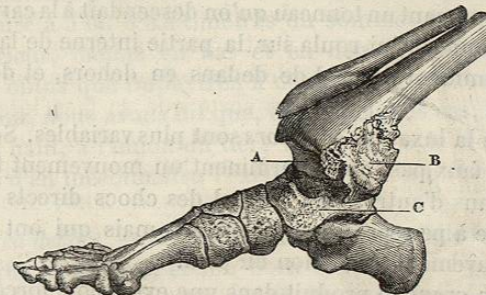


FIG. 96. — Luxation tibio-tarsienne incomplète en avant. — A, surface articulaire du tibia; B, malléole interne fracturée; C, astragale. (Musée Dupuytren.)

La figure 96, dessinée d'après une pièce du musée Dupuytren, est un exemple de luxation incomplète non réduite.

Dans la luxation *complète*, le bord antérieur de la surface articulaire du tibia arrive à peine au niveau du premier cunéiforme, dont il reste toujours fortement écarté. De plus, Malgaigne a constaté que le bord antérieur de la malléole interne se trouve à peu près à égale distance du talon et de l'extrémité du gros orteil.

Cette luxation peut exister sans fracture; R. W. Smith (1) en a rapporté deux exemples. Mais, en général, le péroné est brisé; quelquefois la malléole interne est arrachée à sa base; enfin, il peut aussi exister une fracture du bord postérieur de la surface articulaire du tibia.

4° *Luxation en arrière (luxation du pied en avant de quelques auteurs)*. — Le tibia repose, par son bord postérieur, sur le calcaneum, et reste toujours à quelque distance du tendon d'Achille, ce qui, suivant R. W. Smith, indiquerait que la luxation est incomplète. Pour qu'elle fût complète, le tibia devrait repousser le tendon d'Achille au point de lui faire décrire une convexité en arrière.

Cette luxation peut exister sans fracture, ainsi que Huguier (2) en a rapporté récemment un bel exemple. Lorsqu'il y a fracture, c'est surtout le tibia qui en est atteint, et l'on observe tantôt la fracture de son bord antérieur, tantôt celle de sa malléole.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME. — Parmi les luxations latérales, la luxation *en dedans* est beaucoup plus fréquente que la luxation en dehors, et s'observe plus souvent chez l'homme que chez la femme. Pour la produire, il faut une violence extérieure considérable, et cette cause agit, le plus habituellement, en déterminant un mouvement forcé d'abduction du pied,

(1) *Dublin Quarterly Journal*, May 1852, p. 471.

(2) *Archives gén. de méd.*, mai 1868.

soit directe, soit combinée avec une rotation de la pointe du pied en dehors, comme dans les faux pas. Enfin, la luxation peut encore se produire par suite de la rotation forcée du pied en dehors, comme chez le blessé de Huguier, qui, soutenant un tonneau qu'on descendait à la cave, fut renversé sur le dos; le tonneau lui roula sur la partie interne de la jambe droite en tordant violemment le pied de dedans en dehors, et détermina ainsi le déplacement.

Les causes de la luxation *en dehors* sont plus variables. Souvent ce sont des chutes, des faux pas, qui déterminent un mouvement forcé d'adduction du pied. Dans d'autres cas, ce sont des chocs directs dont le mode d'action échappe à peu près complètement, mais qui ont amené probablement un mouvement de torsion du pied.

La luxation *en avant* se produit dans une extension forcée de l'articulation tibio-tarsienne. Cette extension est rarement causée par un choc directement appliqué sur le tarse; elle survient dans des chutes en arrière, le pied étant retenu par sa partie antérieure.

Le mécanisme de la luxation *en arrière* a été récemment étudié avec soin par Huguier, dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences et dont il a déjà été fait mention.

Cette luxation résulte généralement de la flexion forcée de l'articulation, comme dans une chute en avant, le pied étant fixé. Une violence directement appliquée sur le tibia peut également produire le déplacement, en fracturant les malléoles et en repoussant le tibia en arrière.

Dans le cas de Huguier, il s'agissait d'un ouvrier de chemin de fer dont le pied avait été pris entre les rails d'une plaque tournante; le déplacement avait eu lieu par simple glissement et sans fracture. Huguier explique le mécanisme de la luxation par trois temps consécutifs.

Dans le premier temps, le pied est fortement fléchi sur la jambe. L'astragale étant plus large en avant qu'en arrière sépare comme un coin les deux os de la jambe, c'est ce qui constitue le second temps. Enfin, dans un troisième temps, la mortaise péronéo-tibiale glisse sur l'astragale et se porte en arrière. On conçoit donc que lorsque le pied est tiré fortement en bas, de manière à quitter la mortaise tibiale, le déplacement peut s'opérer par simple glissement, sans écartement des deux os, et, par conséquent, sans fracture.

SYMPTOMATOLOGIE. — 1° *Luxation en dedans*. — Le pied est porté dans l'abduction, de telle sorte que son bord externe regarde en haut, la pointe tournée en dehors. Dans un cas de Huguier, la rotation du pied existait seule et sans abduction; elle était telle que le pied appuyait sur le plan du lit par tout son bord externe, la pointe regardant directement en dehors. L'articulation est considérablement déformée par la saillie en dedans de l'extrémité inférieure du tibia, et par l'écartement en dehors de la malléole externe, d'où résulte un agrandissement considérable de l'espace intermalléolaire.

La déformation varie, du reste, avec l'état des extrémités osseuses.

Tantôt la malléole interne intacte fait une forte saillie sous la peau; tantôt la malléole, rompue à sa base, est entraînée en bas et en dehors avec le ligament auquel elle adhère; tantôt, enfin, on trouve une fracture oblique du tibia, qui remonte plus ou moins haut. Quant au péroné, il est généralement fracturé à 5 ou 6 centimètres du sommet de sa malléole, et le fragment inférieur, incliné en bas et en dehors, forme avec le supérieur un angle obtus que Dupuytren a désigné sous le nom de *coup de hache*. Cependant, nous avons dit que, dans quelques cas, la fracture siège beaucoup plus haut, à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur. Il serait possible d'en méconnaître l'existence, si l'on n'était prévenu de ce fait.

2° *Luxation en dehors*. — Le pied est renversé de telle façon que sa face plantaire regarde en dedans, et son bord externe en bas. Dans un cas, cité par Malgaigne, où il n'y avait pas de fracture, le pied était tellement renversé en dedans, qu'il formait presque un angle droit avec la jambe. La malléole externe fait en dehors une forte saillie, au-dessous et un peu en avant de laquelle il est souvent possible de sentir la face supérieure de l'astragale. La malléole interne, plus difficile à atteindre, est quelquefois fracturée à sa base.

3° *Luxation en avant*. — Le pied a conservé généralement sa rectitude normale; rarement sa pointe est un peu inclinée en dedans ou en dehors. On l'a vue, dans un cas, portée dans une forte abduction, coïncidant avec l'adduction du talon. Mais le symptôme qui frappe tout d'abord, c'est le raccourcissement de la face dorsale du pied, et l'allongement proportionnel du talon en arrière, d'où résulte que l'axe de la jambe tombe plus en avant que dans l'état normal (fig. 97).

Ce raccourcissement du pied et cet allongement du talon varient, du reste, suivant l'étendue du déplacement. Lorsque celui-ci

est incomplet, ces symptômes peuvent être très-peu marqués. Dans la luxation complète, au contraire, le déplacement du tibia en avant peut être tel qu'il réponde au milieu du pied, dont la partie antérieure et la partie postérieure présentent conséquemment une égale longueur. Le tibia fait saillie en avant, et l'on peut sentir, à travers la peau et les tendons soulevés, le rebord tranchant de sa surface articulaire. En arrière, le tendon d'Achille décrit une courbe à concavité postérieure, et laisse de chaque côté, entre lui et les os de la jambe, une gouttière profonde.

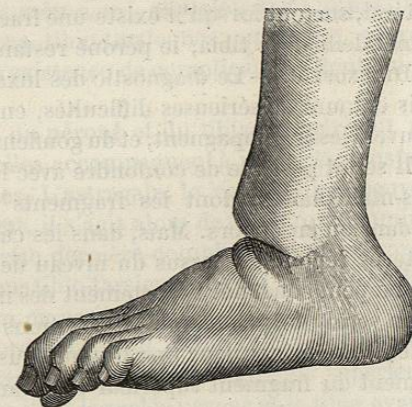


FIG. 97. — Luxation tibio-tarsienne en avant. Déformation.

A ces symptômes, il faut ajouter ceux qui résultent de la fracture à peu près constante du péroné, et quelquefois aussi de celle de la malléole interne.

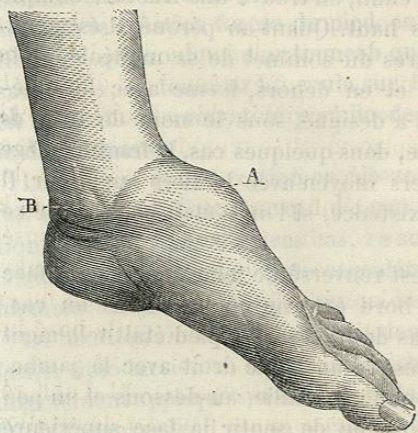


FIG. 98. — Luxation tibio-tarsienne en arrière. — A, saillie de l'astragale; B, malléole interne. (Huguier.)

4^e Luxation en arrière (fig. 98).

— Contrairement à ce que l'on observe dans la variété précédente, le dos du pied est allongé, et la saillie du talon presque effacée; le tendon d'Achille, rapproché du tibia, descend en ligne droite vers le calcanéum, au lieu d'offrir sa concavité normale; les malléoles sont situées plus en arrière et plus bas, c'est-à-dire rapprochées de la plante du pied. A la partie antérieure du cou-de-pied, on sent l'astragale qui fait une saillie anormale au-dessous de la peau et en avant du tibia.

Les mouvements communiqués sont très-étendus, même dans le sens latéral, surtout lorsqu'il existe une fracture concomitante. Celle-ci affecte généralement le tibia, le péroné restant intact.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic des luxations tibio-tarsiennes est quelquefois entouré de sérieuses difficultés, en raison des lésions complexes qui souvent les accompagnent, et du gonflement qui ne tarde pas à se manifester.

Il serait possible de confondre avec les luxations latérales les fractures sus-malléolaires, dont les fragments supérieurs se seraient portés en dedans ou en dehors. Mais, dans les cas de fractures, la saillie interne ou externe répond au-dessus du niveau de la surface articulaire, et, de plus, on ne peut constater l'écartement des malléoles ni la saillie de l'astragale. Il en serait de même pour les luxations en avant ou en arrière, qui pourraient être prises pour une fracture sus-malléolaire du tibia, avec déplacement du fragment supérieur en avant ou en arrière. On devra, dans ces cas, examiner avec soin la situation des deux malléoles, constater si elles sont également déplacées, et rechercher le rebord antérieur du tibia, ainsi que la face supérieure de l'astragale.

Nous verrons bientôt à quels signes on distinguera les déplacements de l'astragale des luxations tibio-tarsiennes.

Quant au diagnostic des diverses variétés de ces luxations, il ressort suffisamment des symptômes précédemment énumérés.

PRONOSTIC. — D'une manière générale, les luxations tibio-tarsiennes constituent des lésions graves. Elles sont quelquefois difficiles à réduire, plus difficiles encore à maintenir réduites, et lorsque le déplacement persiste, elles entraînent à leur suite des inconvénients graves.

Mais le pronostic, envisagé à ces différents points de vue, varie pour chaque espèce de luxation.

La luxation *en dedans* et la luxation *en dehors* présentent quelquefois de sérieux obstacles à la réduction; cependant, on parvient toujours à en triompher, lorsqu'on a la précaution de mettre la jambe dans la flexion complète. Mais la contention est le plus souvent extrêmement difficile; la luxation *en dedans* surtout offre une tendance invincible à la récurrence, et il n'est que trop fréquent de voir le déplacement se reproduire sans cesse et persister indéfiniment. C'est dans ces circonstances que surviennent des accidents consécutifs graves, tels que : inflammations, gangrènes de la peau, etc. Non réduites, ces luxations entraînent à leur suite des conséquences fâcheuses pour la marche; car, outre les roideurs et même l'ankylose qui peuvent en résulter, l'axe de la jambe tombant en dedans ou en dehors de l'astragale, le poids du corps porte tout entier sur le bord interne ou sur le bord externe du pied.

Les luxations *en avant* et les luxations *en arrière* paraissent d'une réduction plus facile, cependant R. W. Smith a rapporté un cas de luxation en arrière qui ne put être réduite. Nous trouvons encore ici les mêmes difficultés dans la contention. Suivant Malgaigne, la luxation en avant serait, de toutes les luxations tibio-tarsiennes, la plus difficile à maintenir réduite. Lorsque le déplacement persiste, il en résulte une gêne considérable dans la marche, qui, dans certains cas même, est complètement impossible.

Enfin, le pronostic des luxations tibio-tarsiennes emprunte souvent une gravité plus grande encore à l'existence de complications dont il nous reste à parler.

COMPLICATIONS. — Les fractures du péroné et du tibia ne méritent pas le nom de complications, puisqu'elles accompagnent à peu près constamment les luxations tibio-tarsiennes. L'astragale, le calcanéum, peuvent être aussi brisés, et, le plus souvent, il s'agit alors de fractures comminutives avec plaie des téguments. Cette dernière complication se rencontre très-fréquemment dans les luxations tibio-tarsiennes. On l'a observée dans toutes les variétés, sauf la luxation en arrière.

La déchirure de la peau est ordinairement produite par les os de la jambe, et, lorsque ceux-ci sont fracturés, par les fragments supérieurs. Cependant, A. Cooper a cité un cas dans lequel le péroné et le tibia avaient déchiré la peau en dehors, tandis que l'astragale l'avait rompue en dedans.

Le siège et l'étendue de la déchirure sont variables; tantôt elle est située au-dessous des malléoles, de manière à laisser voir l'astragale au fond de la plaie; tantôt au niveau même des malléoles; tantôt au-dessus, au niveau de la fracture du tibia ou du péroné. Le plus souvent, la plaie pénètre dans l'articulation, et il est fréquent de voir les os faire à l'extérieur une saillie plus ou moins considérable; dans quelques cas même, ils sont projetés avec une telle violence, qu'ils percent la chaussure du blessé et s'enfoncent dans le sol.

Enfin, avec la déchirure des téguments, on peut observer celle des tendons, des vaisseaux et des nerfs.

Il n'est pas besoin d'insister sur la gravité de semblables complications, qui rendent quelquefois la réduction très-difficile, et entraînent à leur suite les accidents locaux et généraux des plaies articulaires.

TRAITEMENT. — Il est indispensable, pour obtenir la réduction, de placer la jambe dans la demi-flexion, et même dans la flexion complète sur la cuisse. Cette position offre en effet l'avantage de mettre le triceps de la jambe dans le relâchement complet. La contre-extension étant faite sur la jambe, on exercera des tractions sur le pied, d'abord dans le sens de son déplacement, pour le ramener ensuite dans sa direction normale. La pression en sens inverse sur les os déplacés pourra venir en aide aux manœuvres précédentes.

La contention qui, ainsi que nous l'avons indiqué, présente généralement de sérieuses difficultés, s'obtiendra à l'aide des divers appareils employés dans le traitement des fractures de jambe; l'appareil de Scultet, l'appareil de Dupuytren pour les fractures du péroné, etc., trouveront ici leur application, et le chirurgien saura en modifier la construction, suivant les indications particulières qu'ils devront remplir.

Il est bon, durant le cours du traitement, de maintenir la jambe dans la demi-flexion, soit en couchant le membre sur son côté externe, soit en le plaçant sur le double plan incliné.

Enfin, dans les cas tout à fait rebelles, on aurait encore une dernière ressource dans la pointe métallique, conseillée par Malgaigne pour les fractures de jambe, et qui pourrait servir ici à repousser à leur place les os déplacés.

L'immobilité devra être maintenue pendant 30 ou 40 jours, et même davantage, suivant la simplicité ou la complexité des lésions.

Le traitement est bien plus difficile lorsqu'il existe en même temps une déchirure des téguments, et une saillie des os luxés.

L'amputation et la résection immédiates ont été tour à tour préconisées comme de règle dans les luxations tibio-tarsiennes compliquées. Nous avons dit, à plusieurs reprises, que nous ne saurions adopter à cet égard aucune règle absolue. Il peut se faire que l'étendue et la gravité des lésions soient telles, qu'il ne reste aucun espoir de sauver le membre; dans ces cas, l'amputation devra être pratiquée, à moins que la résection ne soit pas applicable. Celle-ci est en effet préférable, à tous égards, et dans ces derniers temps, Sédillot (1) a préconisé la résection des surfaces articulaires tibio-péronières et l'ablation des mailloles fracturées, dans les cas de luxations tibio-tarsiennes compliquées de plaie et de l'issue des os de la jambe.

Mais, d'une manière générale, nous dirons que, dans toute luxation tibio-tarsienne compliquée, il faut d'abord tâcher de réduire, après avoir fait

(1) *Contributions à la chirurgie*, t. I, p. 433, 1868.

les débridements nécessaires, puis enlever les esquilles, s'il en existe, maintenir une contention exacte, parer aux accidents, puis, si ceux-ci deviennent trop menaçants, procéder à la résection secondaire, et ne recourir à l'amputation que comme dernière ressource.

Nous avons été très-heureux de voir, dans un travail récent, le docteur E. Spillmann (1) apporter, à l'appui de ces préceptes, de nouvelles preuves basées sur l'analyse d'un grand nombre de faits.

§ XXIV. — Luxations de l'astragale.

L'histoire de ces luxations, longtemps obscure, est de date toute moderne. C'est au professeur Broca (2) que revient le mérite d'avoir le premier jeté quelque lumière sur cette question, dans un mémoire remarquable lu à la Société de chirurgie. Peu de temps après, Malgaigne consacra un long chapitre de son *Traité des luxations* à l'étude des déplacements de l'astragale, et, depuis lors, quelques faits isolés ont été publiés et ont permis d'élucider certains points encore douteux. Cependant, il s'en faut de beaucoup que la science soit définitivement fixée au sujet des luxations de l'astragale, et l'on éprouve de grandes difficultés à en tracer une description claire et précise. Ces difficultés tiennent principalement à ce que les auteurs ne s'entendent nullement sur le sens exact qu'il faut attribuer à la dénomination de *luxations de l'astragale*, et décrivent sous ce nom des lésions tout à fait différentes; d'où résultent nécessairement de nombreuses et fâcheuses confusions. Il est donc de la plus haute importance d'établir nettement la nomenclature que nous avons cru devoir adopter.

L'astragale, destiné à recevoir le poids du corps et à le transmettre aux autres os du tarse, occupe une sorte de cage osseuse constituée par quatre os différents, auxquels il est uni par des liens solides. Enclavé en haut et sur les côtés par la mortaise péronéo-tibiale, il s'articule en bas avec le calcaneum, et en avant avec le scaphoïde. Il existe donc trois articulations astragaliennes : la *tibio-astragalienne*, la *calcaneéo-astragalienne* et la *scaphoïdo-astragalienne*. Chacune de ces articulations peut se luxer séparément, mais ce n'est pas à ces déplacements isolés que nous donnerons le nom de luxations de l'astragale.

Dans le paragraphe précédent, nous avons étudié les luxations tibio-astragaliennes, et loin de les considérer comme des luxations de l'astragale, désignation qu'on leur a imposée pendant longtemps, nous avons admis que c'étaient les os de la jambe qui se déplaçaient sur l'astragale.

(1) *Étude sur la résection de l'articulation tibio-tarsienne* (*Archives génér. de méd.*, février 1869.)

(2) *Mém. de la Société de chirurgie*, t. III, p. 586.