

tête du péroné faire, dans ce sens, un relief plus ou moins rapproché de la crête du tibia. Des pressions, exercées en sens inverse du déplacement, replaceront le péroné dans sa situation normale.

Luxation de l'articulation péronéo-tibiale inférieure. — Rien n'est plus fréquent que les fractures de l'extrémité inférieure du péroné, rien n'est rare comme ses luxations, puisqu'on n'en connaît qu'un seul exemple, rapporté par Nélaton : le péroné, refoulé en arrière par le passage d'une roue de voiture, se trouvait presque au contact du tendon d'Achille ; nous n'insistons pas, car, non seulement cette observation est unique, mais encore Malgaigne émet des doutes à son sujet.

Luxations de l'astragale.

L'astragale s'articule en haut avec les os de la jambe, en bas avec le calcanéum, en avant avec le scaphoïde. Des déplacements peuvent se produire dans une, dans plusieurs ou dans toutes ces articulations à la fois ; aussi diviserons-nous en trois groupes l'étude des luxations de l'astragale.

1° LUXATIONS DE L'ASTRAGALE PROPREMENT DIT. — *Luxations tibio-tarsiennes ou du pied.* — L'astragale a perdu ses rapports avec les os de la jambe, mais il est resté uni au calcanéum et au scaphoïde.

2° LUXATIONS SOUS-ASTRAGALIENNES. — L'astragale a conservé ses rapports avec les os de la jambe, mais le calcanéum s'est déplacé par rapport à lui. Nous étudierons dans ce paragraphe les luxations de l'astragale et du scaphoïde.

3° LUXATIONS TOTALES. — L'astragale peut être énucléé de sa loge, perdant à la fois tous ses rapports normaux ¹.

1. Cette classification a l'avantage de ne point se séparer de la loi générale qui considère comme déplacé l'os qui se trouve le plus éloigné du tronc. — Malgaigne, Nélaton, en ont admis une autre : pour eux, ce sont les os de la jambe qui se déplacent sur l'astragale, et ils nomment ces déplacements, luxations du pied, luxations tibio-tarsiennes. Ils désignent sous les noms de luxation du calcanéum et luxation médio-tarsienne les déplacements du calcanéum et du scaphoïde sur l'astragale.

1^{re} Variété. — *Luxations de l'astragale (luxations du pied, tibio-tarsiennes).*

L'astragale ayant conservé ses rapports avec les os du pied se déplace sur les os de la jambe ; cette luxation ne mérite nullement le nom de luxation du pied. La fracture concomitante de l'une ou des deux malléoles est une complication habituelle.

Plusieurs cas peuvent se présenter : 1° *Luxation en dehors.* — C'est la plus fréquente ; le tibia porté en dedans forme une saillie notable, au-dessous de laquelle on constate une dépression profonde, créée par la projection de l'astragale en dehors ; la fracture du péroné est à peu près constante, elle siège souvent au niveau du collet de la malléole.

Le diamètre transversal du cou-de-pied est très augmenté ; le pied projeté en dehors a souvent éprouvé une légère torsion qui élève son bord externe.

2° *Luxation en dedans.* — Précisément l'inverse de la précédente, saillie de la malléole externe, dépression au-dessous d'elle, etc. 1.

3° *Luxation en arrière.* — L'astragale est projeté en arrière de telle sorte que la mortaise tibiale repose sur son col et souvent même sur le scaphoïde ; les fractures des malléoles sont rares.

Le pied a conservé sa position ; ce qui frappe dans son aspect, c'est, d'une part, la diminution de la face dorsale, d'une autre part l'allongement du talon et la courbure exagérée du tendon d'Achille.

4° *Luxation en avant.* — L'inverse de la précédente. L'astragale est passé presque complètement en avant de la mortaise tibiale ; le dos du pied est allongé, le talon et la saillie du tendon d'Achille sont effacés ².

1. Pour les auteurs qui admettent les déplacements des os de la jambe sur l'astragale, les dénominations sont inverses ; notre luxation en dehors est pour eux une luxation en dedans.

2. Variétés très rares. — On a vu l'astragale remonter entre le tibia et le péroné dont la malléole fracturée a été violemment projetée en dehors (luxation en haut). Hugnier a décrit une luxation par rotation du pied en dehors ; sa pointe se dirige en

Étiologie. — Une chute, un faux mouvement, plus rarement un coup, telles sont les causes habituelles des luxations de l'astragale. Il n'est pas besoin d'entrer dans des détails minutieux pour faire comprendre comment le sens de la violence, projetant l'astragale hors de ses limites naturelles, détermine la déchirure des ligaments, la fracture des malléoles et la luxation.

La facilité avec laquelle le pied s'incline en dedans nous explique pourquoi les luxations de l'astragale en dehors sont les plus communes. Pour que la luxation ait lieu en arrière, il faut que le pied, fortement étendu, prenne un point d'appui sur la partie antérieure, et que le tibia soit fortement projeté en avant, la luxation en avant se produit par un mécanisme inverse.

Pronostic. — Les luxations du pied sont graves, en raison des difficultés de la réduction, des fractures, des plaies, des ankyloses si fréquentes après ces luxations.

Traitement. — L'extension et la contre-extension convenablement pratiquées, on refoulera en sens inverse de leur déplacement l'astragale d'une part, les os de la jambe de l'autre ; souvent la réduction obtenue ne se maintient pas en raison de la fracture des malléoles, il convient d'appliquer des attelles plâtrées, que l'on enlèvera au bout de quelques jours pour examiner l'état des parties ; puis on en placera de nouvelles.

Pour prévenir l'ankylose, on fera, le plus tôt possible, exécuter des mouvements à la jointure.

Existe-t-il en même temps une plaie ? on se conduira comme nous l'avons dit (*Voy. Plaies des articulations, fractures compliquées*).

2^e Variété. — *Luxations sous-astragaliennes.*

L'astragale a conservé ses rapports avec les os de la jambe,

dehors, et le talon en dedans, de sorte que l'astragale est placé presque transversalement au-dessous du tibia.

mais il les a perdus à la fois avec le calcanéum et le scaphoïde¹.

L'astragale peut se porter en quatre sens différents :

1^o *En avant.* — Il monte au-dessus du scaphoïde et va former sur le dos du pied un relief très accentué, le calcanéum forme en arrière une saillie anormale².

Réduction difficile : extension, contre-extension et projection du pied en sens inverse du déplacement.

2^o *En arrière.* — C'est l'inverse de la précédente, talon effacé, allongement de la face dorsale du pied ; on n'en connaît qu'un seul exemple (Malgaigne).

3^o *En dehors.* — Un peu moins rare, une chute sur le bord externe du pied détermine un mouvement de rotation dans le sens de l'adduction, elle détermine la rupture des ligaments péroniens et astragalo-calcaneés et enfin le glissement de l'astragale en dehors du calcanéum. Il forme en ce point, c'est-à-dire au-dessus de la malléole externe, un relief au-dessous duquel se trouve le vide profond, créé par la projection du calcanéum en dedans. Du côté interne, la malléole est presque effacée, mais au-dessous d'elle se trouve la tumeur formée par le calcanéum.



Fig. 83. — Luxation sous-astragalienne en dedans.

4^o *En dedans.* — Un peu plus fréquente que les précédentes. Ici, la chute s'est effectuée sur le bord interne du pied qu'elle a poussé dans une abduction forcée. La saillie de l'astragale se trouve en dedans, le calcanéum a dû souvent briser la malléole externe pour se porter en dehors.

1. Malgaigne admet que c'est l'astragale qui se déplace sur le calcanéum. Broca, suivant en cela la règle générale, admet au contraire le déplacement du calcanéum sous l'astragale. Nous adoptons ici la classification de Malgaigne, car elle facilite beaucoup la description.

2. Cette luxation, dont on ne possède que deux exemples, l'un rapporté par Malgaigne, l'autre arrivé au professeur Carmichael (de Dublin), à la suite d'une chute de cheval, ne saurait être confondue qu'avec une luxation sous-astragalienne ; mais il sera facile de constater la persistance des rapports des os de la jambe et de l'astragale.

Très fréquemment on observe quelques complications, telles que : plaies des téguments, déchirure des ligaments, rupture des tendons, etc.

Lorsque le déplacement est simple, on en obtient très aisément la réduction, qui peut au contraire être rendue fort difficile par telle ou telle complication.

3^e Variété. — Luxations totales.

Enucléé de la loge que lui forment les os de la jambe, le calcanéum et le scaphoïde, l'astragale a perdu ses rapports normaux avec tous ces os à la fois.

Ainsi luxé, l'astragale peut se porter en divers sens :

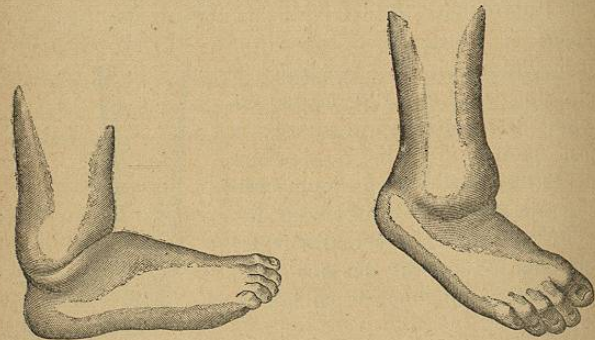


Fig. 84. — Luxation du pied en avant. Fig. 85. — Luxation du pied en arrière.

1^o En avant. — Le pied étant dans l'extension, le tibia presse l'astragale sur le calcanéum et le chasse en avant, la tête de l'astragale soulève les téguments de la face dorsale du pied et bien souvent les perfore ; tantôt il repose sur le scaphoïde plus souvent sur le cuboïde.

2^o En arrière. — Luxation très rare, produite par une extension forcée du pied ; l'espace compris entre le tendon d'Achille et le tibia est occupé par le relief anormal que forme l'astragale dirigé tantôt directement en arrière, tantôt sur la face postérieure de la malléole interne, tantôt sur celle de la malléole externe.

3^o En dehors. — Malgaigne n'en cite qu'un exemple : à la suite d'une torsion forcée du pied, l'astragale était venu sortir au-dessous de la malléole externe.

4^o En dedans. — Luxation plus fréquente, produite par une torsion du pied en dehors. Saillie de l'astragale au-dessous de la malléole interne.

Non seulement l'astragale peut se déplacer dans les différents sens que nous venons d'indiquer, mais encore il peut se contourner sur lui-même, de telle sorte que sa face supérieure devient plus ou moins externe ou interne (*luxation par rotation*) ; on l'a même vu se renverser complètement et reposer sur le calcanéum par sa face tibiale (*luxation par renversement*).

Complications. — Elles sont habituelles. Une des plus fréquentes et des plus redoutables consiste dans la déchirure des téguments, soit au moment de l'accident, soit à la chute des eschares produites par la pression anormale de l'astragale déplacé. Les fractures, les déchirures des ligaments sont également communes.

Traitement. — *Luxations sans plaie.* — Nélaton, s'appuyant sur la difficulté de la réduction, sur la déchirure des vaisseaux de l'astragale, qui, ainsi isolé, doit se nécroser et jouer le rôle de corps étranger, pense qu'il faut pratiquer l'extirpation ; et aujourd'hui cette pratique est parfaitement justifiée, car l'opération bien conduite ne présente que peu de dangers et le retour des fonctions du pied s'obtient beaucoup mieux qu'on ne pourrait le supposer.

En tout cas, *s'il existe une large plaie*, si l'astragale fait saillie hors des téguments, ou encore si, recouvert par les parties molles, il vient à se mortifier, il faudra en pratiquer l'extirpation. Après l'extirpation on immobilisera le pied dans un appareil plâtré.

Luxation médio-tarsienne.

L'articulation médio-tarsienne est formée en arrière par l'astragale et le calcanéum, en avant par le scaphoïde et le cuboïde. Or,

ces deux derniers os ont pu perdre leurs rapports naturels avec les premiers ; ces luxations ont porté simultanément sur ces deux os ou sur un seul d'entre eux ; toutefois ces déplacements sont si rares, si peu intéressants par leur rareté, par la gravité des lésions qui les accompagnent et par le peu de difficulté offerte au diagnostic, que nous ne croyons pas devoir relater les quelques observations qui ont été publiées à leur sujet.

Luxations des os du métatarse.

Lorsqu'on pratique l'amputation de Lisfranc, c'est-à-dire la désarticulation tarso-métatarsienne, on peut apprécier la force des ligaments qui unissent ces divers os, et comprendre comment les luxations des os du métatarse sont si rares qu'elles étaient inconnues des anciens chirurgiens. On en possède aujourd'hui quelques exemples : le déplacement a été observé à la suite d'une chute sur la pointe du pied ; le blessé de Marest était tombé à la renverse, ayant son pied pris sous la roue d'une voiture, etc. La luxation a pu être complète, c'est-à-dire porter sur tous les métatarsiens à la fois, ou incomplète, c'est-à-dire limitée à quelques-uns d'entre eux.

La difformité du pied est frappante. Sur sa face dorsale se trouve un relief de 2 ou 3 centimètres, formé par les métatarsiens qui, ayant chevauché sur les os du tarse, déterminent un raccourcissement notable du pied ; par contre, la concavité du pied est presque effacée par le relief que forment en ce sens les os du tarse. Si le premier ou le cinquième métatarsien étaient déplacés dans le sens latéral, il serait également fort facile, en suivant le bord du pied, de reconnaître leur luxation. Tout au plus pourrait-on confondre la luxation avec une fracture de ces os, si l'absence de crépitation et de mobilité anormale ne venait dissiper l'erreur¹.

Luxations des orteils.

Elles offrent une grande ressemblance avec celles des doigts, et sont d'ailleurs assez rares, ce qui nous dispense d'entrer dans des

1. Voici comment Dupuytren obtint la réduction dans un cas de ce genre : le malade, couché sur un lit, la jambe fléchie, on disposa à la partie inférieure de celle-ci un drap plié en cravate, dont les chefs, ramenés en arrière, devaient servir à faire la contre-extension ; on fit l'extension avec un laçs attaché à la partie antérieure du pied ; l'opérateur pratiqua la coaptation avec les deux mains pressant en sens opposé sur les os luxés, la réduction fut facilement obtenue.

détails à leur sujet. Les luxations du gros orteil ont été à elles seules plus souvent observées que celles de tous les autres orteils ; la luxation a toujours eu lieu en haut et souvent à la suite d'une chute de cheval. Il est aisé d'apprécier le relief plus ou moins considérable formé par le gros orteil déplacé. Ces luxations sont assez graves, non seulement parce qu'elles se compliquent souvent d'autres lésions, mais aussi parce que leur réduction présente les mêmes difficultés que les réductions du pouce. Les mêmes procédés doivent être mis en usage.

Quant aux luxations des phalanges, ce sont encore celles du gros orteil qui sont les plus fréquentes, et elles présentent la plus grande ressemblance avec celles de la phalange du pouce.

6. — LUXATIONS CONGÉNITALES.

On donne ce nom aux déplacements articulaires produits pendant la vie-intra-utérine.

Les luxations congénitales s'observent surtout à la hanche, quelquefois à l'épaule et au coude, fort rarement dans les autres jointures ; elles sont *infinitement plus fréquentes dans le sexe féminin*, sans qu'on puisse donner la raison de ce fait.

Pathogénie. — Il est probable que toutes les luxations congénitales ne sont pas engendrées par la même cause ; quoi qu'il en soit, les opinions formulées sur leur pathogénie sont nombreuses.

1^{re} opinion. — Ces luxations seraient absolument originelles, c'est-à-dire produites par un vice dans le germe ; leur transmission, parfois héréditaire, en serait la preuve. Ou encore elles se rattacheraient à un vice de la force formatrice, ou à un arrêt de développement.

2^e opinion. — Elles seraient le résultat d'une maladie articulaire (*coxalgie, arthrite, tumeur blanche*) survenue pendant la vie fœtale, ce ne seraient donc que des luxations pathologiques produites avant la naissance.

3^e opinion. — Pour d'autres auteurs ce seraient de véritables luxations traumatiques, consécutives à des violences extérieures ou à des pressions exercées par les organes maternels sur le fœtus.

4^e opinion. — La théorie de Guérin, qui voit dans les luxations congénitales le fait d'une rétraction active des muscles, dépendant elle-même d'une altération du système nerveux, est certainement vraie dans un grand nombre de cas ; il faut encore, avec Bouvier et Verneuil, faire une part à la paralysie de certains groupes de muscles qui rend ainsi prédominante l'action de leurs antagonistes ¹.

Anatomie pathologique. — Les désordres articulaires sont à peu près semblables à ceux que l'on observe dans les luxations non réduites. Cependant il faut faire une remarque, c'est que le déplacement ne s'effectue ordinairement que dans un sens ; ainsi les luxations congénitales de la hanche sont toujours des luxations iliaques.

Les cavités de réception, devenues inutiles par le déplacement, ne se développent pas ou s'atrophient et disparaissent, les têtes articulaires sont déformées, les ligaments sont allongés, relâchés. Dans la luxation de la hanche, la capsule fibreuse, très allongée, est souvent étranglée vers sa partie moyenne à la manière d'un sablier ; les muscles se mettent en rapport avec leurs nouvelles fonctions : les uns, devenus plus actifs, s'hypertrophient ; les autres, condamnés au repos, n'atteignent pas leurs proportions normales, mais, contrairement à ce qui a lieu pour les luxations traumatiques, il y a peu de tendance à la formation d'une néarthrose.

Symptômes. — Les luxations congénitales ont des symptômes à peu près semblables à ceux des luxations traumatiques, mais elles passent souvent inaperçues au moment de la naissance : ainsi la luxation de la hanche, de beaucoup la plus ordinaire, ne se reconnaît qu'à la claudication qui se produit au moment où l'enfant commence à marcher.

Sans revenir sur les symptômes des luxations que nous avons déjà exposés, nous dirons que : 1^o le membre luxé ne présente pas un développement comparable à celui de son congénère, aussi au bout d'un certain temps, peut-il être plus court

1. On voit donc que deux maladies communes chez les jeunes enfants, les convulsions et la paralysie infantile, peuvent, pendant la vie intra-utérine, déterminer des luxations.

de plusieurs centimètres ; 2^o le bassin présente dans sa forme et ses dimensions des modifications remarquables, qui sont probablement la conséquence du déplacement du centre de gravité du corps ; elles peuvent créer de sérieuses difficultés à l'accouchement, aussi quelques auteurs ont-ils considéré les luxations doubles comme moins graves que les luxations uniques, et cela parce qu'elles déforment moins le bassin.

Les luxations congénitales de l'épaule, beaucoup plus rares que celles de la hanche, sont sous-coracoïdiennes ou sous-épineuses. L'épaule et le bras sont atrophiés, il en est souvent de même de la moitié correspondante du thorax, le membre est pendant, inerte, il cède à toute impulsion. Dans quelques cas, il a été possible de replacer momentanément les extrémités articulaires dans leurs rapports normaux : il y avait, en réalité, paralysie des muscles du bras, et la luxation n'en était que la conséquence. C'est sur des faits de ce genre que s'appuyait Verneuil, lorsqu'il enseignait que la plupart des luxations congénitales étaient la conséquence de paralysies infantiles.

Le diagnostic ne saurait offrir de difficultés au médecin qui a appris que souvent la claudication se rattache à une luxation congénitale de la hanche.

Traitement. — On ne considère plus les luxations congénitales comme incurables, et, bien que les espérances conçues par Pravaz n'aient point été complètement réalisées, on doit chercher à améliorer l'état des enfants atteints de claudication par le fait d'une luxation congénitale de la hanche. Toutefois le traitement ne sera entrepris que dans les conditions suivantes : l'enfant n'aura pas plus de douze ans, sa santé générale sera bonne, il ne se sera pas formé une fausse articulation au niveau du fémur déplacé, ce que l'on reconnaît à ce que les mouvements de flexion et d'adduction du fémur ne sont pas exagérés. Cela étant, on pourra tenter le traitement qui comprend trois phases bien distinctes : 1^o l'extension préparatoire ; 2^o la réduction ; 3^o la consolidation des nouveaux rapports articulaires.