abduction et regarde par sa face plantaire presque directement en dedans; sa pointe est dirigée en dedans; son bord interne creusé et raccourci; le tibia s'enfoncerait dans les chairs s'il n'était arrêté par le calcanéum; en dehors le péroné fait saillie; enfin, en avant et en dehors on trouve presque sous les doigts la tête et la poulie articulaire de l'astragale.

Dans la luxation en avant et en dedans, l'astragale se porte en avant du tibia.

Dans la luxation en dedans, le pied est dévié en dehors et il existe un vide considérable sous la malléole externe. Quant à la malléole interne elle fait une saillie au-dessous de laquelle proémine encore la poulie astragalienne (fig. 79).

Dans les luxations en dehors, l'astragale renversé présente sa poulie en dehors; la malléole externe fait saillie.

Dans la luxation directe en arrière, le pied qui n'a subi aucune déviation paraît seulement un peu raccourci en avant. La dépression qui existe normalement entre le tendon d'Achille et le tibia s'est effacée et à sa place on trouve une saillie considérable, celle de l'astragale. En avant du tibia dépression due à la fuite de l'astragale.

Dans la luxation en arrière et en dehors, l'astragale fait saillie derrière la malléole externe, à travers une plaie, et présente sa poulie en dehors.

Dans la luxation en arrière et en dedans, il existe entre la malléole interne et le tendon d'Achille une saillie osseuse, tandis qu'en avant et au-dessous de la malléole externe, le doigt s'enfonce dans une dépression profonde.

Dans la luxation par rotation sur place, on reconnaît, mais seulement lorsqu'il y a plaie, que la luxation a eu lieu du côté interne.

Enfin, dans la luxation par renversement, le tibia et le péroné ont conservé leurs rapports; il n'y a ni fracture, ni plaie, et l'on n'observe d'autres symptômes que ceux d'une luxation incomplète en avant, en dedans ou en dehors.

C'est encore la déformation qui forme le principal symptôme des luxations partielles. Dans la luxation de l'astragale en dedans, le pied rappelle jusqu'à un certain point, dans sa configuration, la forme des pieds plats, c'est-à-dire que, vers son bord interne, se rencontre une saillie formée par la tête de l'astragale; puis, au devant d'elle, un enfoncement qui répond à l'angle formé par le contact de cet os avec le bord interne du scaphoïde; la voûte du pied est presque effacée et sa partie antérieure déviée en dehors.

Si la luxation s'est faite en dehors, on constate les dispositions inverses, à savoir : saillie de la tête de l'astragale sur la face dorsale du pied, incurvation de celui-ci vers son bord interne, uni à un état de flexion de la partie antérieure du pied sur la partie postérieure.

Dans l'une et l'autre de ces luxations, les mouvements de flexion et d'extension du pied sont conservés, les mouvements d'abduction et d'adduction sont abolis.

Dans les cas que nous connaissons de luxation de l'astragale en arrière il existait en même temps une plaie aux parties molles, de telle sorte qu'on pouvait, par la vue et le toucher, constater la nature de la lésion.

Complications. — On observe, à la suite des luxations de l'astragale, une complication consécutive des plus dangereuses, et qui appartient, pour ainsi dire, en propre à cette luxation : nous voulons parler des eschares qui se forment sur la peau qui recouvre les saillies de l'os déplacé. Cette gangrène, résultant de la compression exercée de dedans en dehors, comprend ordinairement toute l'épaisseur des parties molles, de sorte qu'après la chute des eschares, les os se trouvent à nu et l'articulation largement ouverte. Cependant il n'en est pas toujours ainsi, car nous voyons que, dans une observation de Dupuytren, cette gangrène se borna aux téguments et respecta le tissu cellulaire souscutané. Nous ne ferons que rappeler ici les accidents qui résultent de l'ouverture et de l'inflammation suppurative d'une articulation aussi vaste que celle qui unit l'astragale à la jambe ainsi qu'aux os du pied. (Voy. Plaies des articulations.) Ajoutons enfin que l'on a quelquefois observé, après une longue suppuration, l'exfoliation et la sortie au dehors de portions considérables de l'astragale.

TRAITEMENT. — Le traitement des luxations de l'astragale présente des indications qui varient avec l'étendue du déplacement et la nature des complications. Nous allons essayer de tracer la conduite que doit tenir le chirurgien dans chaque cas particulier.

4° Luxations non compliquées de plaie. — La luxation est ou complète ou partielle. A. Si la luxation est complète, faut-il réduire? J'avais pensé que, dans la plupart des cas, pour ne pas dire tous, la réduction ne devait pas être tentée. En effet, l'astragale est un os dont presque toutes les faces sont articulaires, il ne reçoit de vaisseaux que par des points très-peu étendus, par conséquent, lorsqu'il est déplacé en totalité, il est à craindre qu'ayant perdu tout moyen de vivre, il ne se conduise comme un véritable corps étranger, qu'il se nécrose et donne lieu à une inflammation des plus graves de l'articulation et des parties qui l'entourent. En consultant les auteurs qui ont tenté la réduction dans cette circonstance, on voyait que, dans la plupart des cas, cette réduction avait été très-difficile, sinon impossible; on voyait qu'il avait fallu, pour remettre l'os en place, exercer une pression trèsviolente sur les parties molles déjà distendues par les saillies osseuses;

pratiquer la section de ces tendons, et sur 4 cas de ténotomie réunis par M. Broca, on compte 2 succès.

La méthode à laquelle Dupuytren donnait la préférence dans le cas que nous supposons consistait à laisser tout en place et à combattre les accidents inflammatoires. Dans le cas de Thierry, cité par Malgaigne, il n'y eut pas d'accident et à la longue la marche s'effectua sans douleur, ni claudication. Enfin des observations dues à Philipps, d'autres appartenant à Foucher montrent que dans des cas où la réduction n'a pas été obtenue, aucune complication consécutive ne s'est produite. Toutefois on a objecté contre cette pratique la formation d'eschares au niveau des saillies de l'astragale; mais la peau ne se gangrène pas constamment, et d'ailleurs n'a-t-on pas vu des eschares se limiter à la peau et laisser intact le tissu cellulaire sous-cutané? La déformation du pied, la difficulté de la marche, ne sont pas très-considérables après un déplacement partiel. Les inconvénients attachés à cette manière d'agir seraient beaucoup moins graves que ceux qui résulteraient de l'ouverture de l'articulation, de la section des ligaments, de la résection ou de l'extirpation de l'os. S'il survenait des eschares, et si après leur élimination on trouvait l'articulation ouverte, on pourrait encore extirper l'astragale. Astl. Cooper l'a fait deux fois avec succès dans cette circonstance, et sur 30 cas d'extraction consécutive pour des luxations irréductibles, réunis, soit par M. Broca, soit par M. Dubreuil, 29 fois la guérison a été obtenue.

2º Luxations compliquées de plaie. — A. La luxation est-elle complète, il faut toujours extraire l'astragale. Sur trois malades, chez lesquels j'ai dù pratiquer cette opération, j'ai eu trois succès. Or, pour les raisons que nous avons données ci-dessus, il y aurait d'autant moins à hésiter dans ce cas qu'il existe déjà une plaie avec ouverture de l'articulation

B. La luxation est-elle partielle: si la réduction est possible, il faut remettre les os en place; si elle est impossible, on peut, d'après le conseil de Desault, faire la section des ligaments, et réduire, si cette opération préliminaire le permet; mais nous avons vu que ce ne sont pas toujours les ligaments qui s'opposent à la réduction, il ne sera donc pas étonnant que les tentatives de réduction viennent à échouer. Nous ferons remarquer cependant que si l'on était forcé de diviser presque tous les ligaments qui unissent l'astragale aux parties voisines, comme ce serait une cause presque inévitable de nécrose, il vaudrait mieux pratiquer tout de suite l'extirpation de l'astragale que de tenter encore la réduction.

Lorsqu'en même temps que la luxation de l'astragale il se présente une fracture comminutive de la malléole interne, on peut, à l'exemple de M. Sédillot, extraire l'astragale et reséquer en même temps les extré-

n'avait-on pas à craindre la destruction de la peau, qui a déjà beaucoup de tendance à se mortifier? La théorie indiquait donc formellement, dans ce cas, l'extirpation de l'astragale. Mais depuis l'époque où j'ai exprimé cette opinion, il a été établi que sur 78 faits de luxation complète sans plaie, réunis par M. Broca 19 fois, la réduction a pu être obtenue; que sur 12 autres faits, rassemblés par M. Dubreuil, 5 fois la réduction a été facile. Ces diverses proportions de succès sont assez notables pour que nous en tenions compte et que, sans abandonner complétement notre première opinion, nous engagions les chirurgiens à tenter désormais, sur la foi des faits ci-dessus énoncés, les chances de la réduction.

B. Si la luxation est partielle, il faut tenter la réduction. Pour remettre l'astragale en place, voici les manœuvres qu'il convient de faire : le malade est couché; un ou plusieurs aides saisissent la jambe à sa partie inférieure, pour la contre-extension; d'autres aides font l'extension sur la partie antérieure du pied, tandis qu'avec ses doigts le chirurgien repousse la tête de l'os dans le sens opposé à celui du déplacement. Malgré les manœuvres les mieux dirigées, il est souvent impossible d'obtenir la réduction. Les auteurs ont assigné diverses causes à ce phénomène : Rognetta l'attribue à la conservation d'une partie du ligament astragalo-calcanien qui maintient l'os dans sa nouvelle position, et à l'enclavement de la tête de l'astragale entre le scaphoïde et le bord interne du calcanéum. La cause que Dupuytren assigne à l'impossibilité de la réduction nous paraît bien plus puissante ; il pense que l'espèce de bec que présente l'astragale en arrière vient s'interposer dans la rainure qui sépare les deux facettes articulaires du calcanéum. Enfin, Desault pense que l'étroitesse que présente l'ouverture du ligament astragalo-scaphoïdien supérieur, étrangle le col de l'astragale et empêche l'os de reprendre sa place; aussi a-t-il conseillé de couper les ligaments qui s'opposent à la réduction.

Quelle serait la conduite à tenir s'il n'y avait pas moyen de remettre les os en place? Faudrait-il, à l'exemple de Desault et de Nanula, couper les ligaments? Outre que cette opération ne sera pas toujours suivie de succès, car cette cause est bien loin d'être a seule qui s'oppose à la réduction, il serait à craindre qu'une plaie faite aux téguments ne vînt ajouter à la lésion première une complication excessivement grave, celle de l'ouverture de l'articulation. Les mêmes objections seraient applicables à la résection de la tête de l'astragale.

L'amputation de la jambe a été préconisée par M. Chassaignac. Mais sur cinq amputations immédiates pratiquées dans ces circonstances par ce chirurgien, 3 ont amené la mort, tandis qu'il a lui-même obtenu par l'extraction de l'astragale un succès sur deux cas.

Quand il est établi que des tendons étranglent l'os déplacé, on peut

mités articulaires du péroné et du tibia, opération qui a pour résultat de combattre l'inflammation, source d'accidents immédiats, et de rendre au pied, pour l'avenir, la rectitude qui lui est nécessaire pendant la marche.

Le procédé que l'on emploie pour extraire l'astragale est le suivant : tantôt l'astragale est très-mobile, c'est ce qui arrive surtout dans les luxations complètes : il suffit alors de saisir l'os avec des pinces à pansements et de l'extraire par la plaie des téguments. Il faut agrandir la plaie, si celle-ci n'est pas assez grande ; s'il n'existe pas de plaie, on fait une incision longitudinale au niveau de la partie la plus saillante de l'os; si l'astragale est assez adhérent pour qu'il y ait impossibilité de l'extraire avec la pince, on peut appliquer un lacs sur son col, tirer cet os en haut, et couper au fur et à mesure les parties fibreuses qui s'opposent à l'extirpation.

Lorsque l'astragale sera extrait, le membre sera mis dans un appareil à fractures de jambe, la plaie sera soignée comme toutes les plaies des articulations; les irrigations continues seront employées avec succès. On pourra aussi, comme le conseille M. Ad. Richard, couvrir la plaie d'un pansement par occlusion, appliquer l'appareil amidonné avec beaucoup de soin et l'ouvrir le troisième jour.

3º Bien que certains chirurgiens, parmi lesquels nous devons citer M. Ad. Richard, s'opposent d'une façon absolue à l'amputation immédiate, quels que soient les désordres produits par le traumatisme, et pense qu'il vaut mieux attendre qu'il se soit écoulé deux ou trois jours, les délabrements qui accompagnent les luxations de l'astragale sont quelquefois tellement considérables, que cette opération est la seule ressource que l'on ait à opposer à cette blessure. Lorsqu'il existe une plaie très-étendue, que les parties molles sont déchirées, les tendons rompus, les vaisseaux et les nerfs dilacérés, il ne faut pas songer à conserver le pied, sous peine de voir des accidents formidables survenir au bout d'un temps même très-court; il en serait de même d'une fracture comminutive des os du pied et de la jambe, avec dénudation et contusion profonde; enfin, de vastes épanchements sanguins, des décollements de la peau, rendent inévitable une suppuration de mauvaise nature, et indiquent d'une manière positive l'amputation de la jambe qui peut être alors considérée comme ressource ultime.

§ II. — Luxation de la deuxième rangée des os du tarse sur la première. (Luxation médio-tarsienne.)

Entre l'astragale et le calcanéum, d'une part, le scaphoide et le cuboïde, d'autre part, existe un interligne articulaire dans lequel se passent des mouvements assez étendus de flexion, d'extension et de rotation. Lorsqu'une cause quelconque tend à exagérer ces mouvements, les ligaments, d'ailleurs assez forts, qui réunissent la première rangée des os du tarse à la deuxième, cèdent, et la luxation a lieu. La luxation en bas, observée deux fois par J. L. Petit, avait été deux fois produite par l'engorgement de la partie antérieure du pied au-dessous d'une barre de fer, le corps tombant à la renverse. Dans un autre cas observé par Astl. Cooper, le blessé avait reçu une pierre très-lourde sur le bord 'interne du pied; dans ce mouvement, le côté externe se trouvant sur un plan résistant, les ligaments cédèrent et la partie antérieure du pied vint faire saillie en dedans.

Un quatrième cas a été observé en 1860 par M. Chassaignac et décrit par lui sous le nom de luxation sous-scaphoïdienne de l'astragale, tandis que pour M. Broca il ne serait autre chose qu'une luxation du scaphoïde en haut, et pour M. Dubreuil, une luxation pré-astragalienne antérieure. Or, le malade de M. Chassaignac était un homme qui s'était jeté d'un cinquième étage et chez lequel les deux pieds supportèrent dans leur portion tarsienne toute la violence du choc. Le pied gauche présentait une luxation de l'astragale avec fracture multiple de l'os. Au pied droit on trouvait une véritable luxation sous-scaphoïdienne de l'astragale : le scaphoïde, suivi des deux premiers cunéiformes et des deux premiers métatarsiens, avait passé au-dessus de la tête de l'astragale et reposait par le bord inférieur de sa face articulaire sur le col de l'astragale. La tête de l'astragale avait déchiré complétement le ligament calcanéo-scaphoïdien et s'était enclavée dans une situation tout à fait fixe, à la place de ce ligament entre le calcanéum et le scaphoïde. Dans un cinquième cas observé par M. Thomas, de Tours, pendant son internat dans le service M. Denonvilliers, et publié en 1867 dans les Mémoires de la Société médicale d'Indre-et-Loire, il existait, au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, un gonflement considérable, et l'on avait diagnostiqué une fracture du col de l'astragale. A l'autopsie on trouva l'articulation tibio-tarsienne et l'articulation calcanéo-astragalienne intactes. Mais les ligaments antérieurs de l'articulation médio-tarsienne étaient déchirés; la tête de l'astragale et la surface cuboïdienne du calcanéum formaient, au-dessus de la seconde rangée des os du tarse, une saillie anormale très-prononcée. Ces os n'étaient plus en rapport avec les surfaces articulaires correspondantes du scaphoïde et du cuboïde, et étaient directement recouverts par les tendons des muscles extenseur et jambier antérieur et les faisceaux du muscle pédieux. Le scaphoïde avait été fracturé d'avant en arrière, son fragment externe faisait une saillie à la face plantaire. L'astragale reposait sur la face supérieure de cette portion du scaphoïde. Le cuboïde était séparé de toute la moitié supérieure de la facette articulaire du calcanéum. Enfin les ligaments supérieurs de l'articulation médio-tarsienne, le ligament en Y avaient été rompus et les insertions du ligament calcanéo-scaphoïdien interne avait été arrachées en partie. Seul le ligament calcanéo-cuboïdien inférieur avait résisté. Enfin dans un sixième cas relaté par M. B. Anger dans son traité iconographique des fractures et luxations, on constata à l'autopsie que la tête de l'astragale était au-dessus et en avant du scaphoïde; la facette cuboïdienne du calcanéum se trouvait située sur la face supérieure du euboïde. Les ligaments calcanéo-scaphoïdien supérieur et calcanéo-cuboïdien interne étaient rompus et arrachés à leur insertion anté-

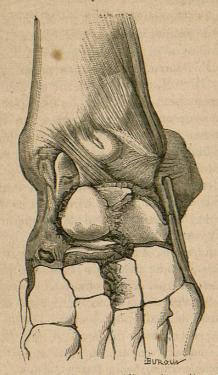


Fig. 80. - Luxation médio-tarsienne (Anger).

rieure. Le déplacement était difficile à réduire, même après la dissection. Il n'y avait de fracture qu'en un point : c'était à la partie antérieure du scaphoïde, dont le tubercule était presque totalement arraché (fig. 80). Pendant la vie le pied avait présenté un léger aplatissement de la voûte du pied, ainsi qu'un gonflement ecchymotique et bientôt inflammatoire assez considérables. Il n'y avait d'accessible à la palpation aucune tumeur osseuse anormale et point de crépitation. Le malade, qui mourut d'érysipèle, était tombé d'une hauteur qu'il ne peut déterminer, en s'enfuyant pour échapper à un incendie.

Les symptômes qui caractérisent ces luxations sont : pour la luxation

en bas, une déformation considérable du pied, les os de la première rangée du tarse viennent faire saillie en haut: en avant de ceux-ci on trouve une grande dépression. La plante du pied est effacée. Dans le cas de J. L. Petit, la réduction fut facilement obtenue en faisant l'extension sur la partie antérieure du pied, la contre-extension sur la jambe; le repos acheva la guérison.

Dans la luxation en dedans, la déformation du pied porte surtout sur ses bords; le bord interne est raccourci, la pointe du pied est dirigée en dedans, se rapprochant du calcanéum de manière à représenter un pied bot interne. La réduction fut obtenue facilement en portant le pied dans le sens opposé au déplacement.

§ III. - Luxation du grand cunéiforme.

A. Cooper a vu deux fois le grand cunéiforme séparé de toutes ses articulations et luxé en dedans; la première fois, à la suite d'une chute d'une grande hauteur; la seconde, par une chute de cheval dans laquelle le pied s'était trouvé pris entre le cheval et le rebord du trottoir. Dans les deux cas, l'os faisait une forte saillie en dedans, et était en même temps légèrement tiré en haut par l'action du jambier antérieur. La réduction ne fut point obtenue. Quelques semaines après ce traitement infructueux, l'un des deux malades offrait une très-légère claudication qui ne paraissait pas devoir persister.

Nous avons eu, pour notre compte, occasion d'observer une luxation du grand cunéiforme produite par le passage d'une roue de voiture sur le pied; il existait une plaie correspondant à l'union de cet os avec le scaphoïde. Par cette plaie sortait l'angle postérieur et inférieur du cunéiforme, qui avait d'ailleurs éprouvé un mouvement tel qu'il était venu se coucher transversalement sur le petit cunéiforme. La réduction fut impossible; nous pratiquâmes l'extirpation de l'os déplacé, et le malade guérit complétement, malgré une inflammation assez vive, suivie d'une suppuration fort abondante.

§ IV. - Luxation du deuxième cunéiforme,

Chez un malade du service de M. Laugier, on a diagnostiqué, à la suite d'une chute sur le pied, une luxation en haut du deuxième cunéiforme; c'était certainement une énucléation très-incomplète, puisque l'os ne faisait pas saillie de plus d'un centimètre et peut-être y avait-il fracture car quelque crépitation fut observée. La réduction tentée par des pressions considérables ne réussit pas complétement et une petite tumeur subsista sur le dos du pied-

§ V. — Luxation des deuxième et troisième cunéiformes.

A. Key a vu le deuxième et le troisième cunéiformes à demi luxés en haut avec une énorme déchirure des téguments. L'accident avait été causé par le passage sur le pied d'un lourd truk de chemin de fer. Ce chirurgien opéra la réduction. Mais plus tard la peau du dos du pied se sphacéla et la guérison définitive n'eut lieu qu'après plusieurs mois.

§ VI. - Luxation simultanée des trois cunéiformes.

Monteggia paraît avoir observé plusieurs fois la luxation simultanée des trois cunéiformes : «Ces os, dit-il, s'étaient élevés presque en tota» lité sur le dos du pied, où ils faisaient une saillie distincte et consi» dérable, laquelle disparut en repoussant les os à leur place, avec » un bruit sec, avec et même sans extension préalable sur le pied. Une » compresse et un bandage suffirent à les maintenir, et le blessé fut » en état d'appuyer sur le pied quelques jours après. »

On trouve aussi dans London Medical Gazette, 1831, vol. VII, p. 704, une luxation incomplète des trois cunéiformes qui fut observée à l'hôpital de Londres. Les trois os faisaient saillie en haut; le grand cunéiforme surtout, séparé du scaphoïde, se portait en haut et en dedans. On fit une extension sur les orteils, et sous l'influence d'une pression méthodique, les os luxés se réduisirent avec un bruit manifeste. Une vive inflammation qui suivit la réduction fut combattue par les réfrigérants et une émission sanguine locale. Le malade ne commença à marcher qu'au bout de plus de six semaines.

En 1857 M. Bertherand a publié dans les Bulletins de la Société de chirurgie, une nouvelle observation de luxation simultanée des trois os cunéiformes sur le scaphoïde. Le malade avait fait une chute de 3 mètres dont le principal effort avait porté sur la plante du pied droit. Deux ans après cet accident les trois premiers métatarsiens et les trois cunéiformes étaient soulevés et constituaient un plan supérieur au reste de la face dorsale du pied. Au côté externe de ce sonlèvement osseux on sentait distinctement la face externe du troisième cunéiforme, séparé d'avec le cuboïde. Au côté interne se trouvait une dépression qui augmentait beaucoup en cet endroit l'excavation normale de la voûte plantaire. En arrière, existait une autre dépression, due à ce que la face supérieure du scaphoïde se trouvait plus basse que le dos de la mortaise cunéenne; dans cette cavité on percevait plus rigides, plus saillants et plus détachés, les tendons des muscles jambier antérieur, en dedans; extenseur du gros orteil et grand extenseur des orteils, en dehors. En comparant le pied malade avec le pied sain, on

constatait une véritable atrophie, manifestement produite par le défaut d'exercice de cette portion du membre, car le malade ne marchait plus que sur le talon. Aussi les articulations du tarse et du métatarse étaient-elles presque tout à fait ankylosées. En outre la rétrocession des trois cunéiformes sur le scaphoïde avait raccourci de 15 millimètres environ la longueur du bord interne du pied. Enfin l'application exacte de la plante du pied sur le sol ne pouvait être obtenue que par une flexion prononcée de la jambe sur le pied, qui, dans la station et surtout dans la marche détruisait les conditions d'équilibre.

§ VII, - Luxation du cuboïde.

Dans trois cas, la luxation du cuboïde accompagnait celle de l'astragale ou du calcanéum; dans le premier de ces cas, l'os était fortement déprimé en bas; dans le second légèrement dévié en dehors; dans le troisième projeté en totalité du même côté. Dans ce dernier cas, la luxation fut immédiatement réduite à l'aide d'une pression directement appliquée sur l'os énucléé.

ARTICLE XXIX.

LUXATIONS DES OS DU MÉTATARSE.

Les luxations du métatarse sont extrêmement rares; aussi les anciens auteurs les ont-ils passées sous silence, ou n'en ont-ils fait mention que pour dire qu'ils ne les ont jamais observées, et qu'elles doivent se produire très-difficilement. Ces difficultés existent sans le moindre doute; il suffira pour le comprendre de considérer les rapports et les moyens d'union des os qui composent l'articulation tarso-métatarsienne; mais de ces difficultés, conclure à la non-existence de ces luxations, à leur non-possibilité, ainsi que l'a fait Boyer, ce serait tirer d'un fait réel une conclusion que n'autorisent ni le raisonnement ni l'expérience. La science, en effet, possède aujourd'hui un assez grand nombre de cas bien authentiques de luxations métatarsiennes. Le premier de ces cas a été observé par Monteggia et deux autres ensuite par Dupuytren; le premier volume, page 184, des Bulletins de la Société anatomique en renferme un quatrième qui est dû à Delort; un cinquième est consigné dans la Gazette médicale, année 1840, dont Robert Smith a présenté les dessins à la Société de chirurgie de Dublin; un sixième et des plus intéressants, puisque l'autopsie a confirmé le diagnostic, a été présenté à la Société anatomique par Mazet. L'observation de ce dernier cas se trouve consignée dans les Bulletins de cette Société. année 1844. Un septième a été observé par Decaisne (Revue médico-