

mais il peut arriver qu'elle s'isole, comme cela s'observe pour les ganglions synoviaux de la face dorsale du carpe.

Les battements de l'artère poplitée refoulée par la tumeur, ou ceux que le vaisseau communique à celle-ci, pourraient faire croire à la présence d'un anévrysme poplité; mais on ne trouvera jamais de mouvement d'expansion ni de bruit de souffle, lorsqu'il s'agit d'un kyste articulaire. Un abcès froid se développera surtout chez des sujets scrofuleux; il s'accompagnera des autres signes de la nécrose ou de la carie des extrémités osseuses; enfin il n'y aura pas nécessairement une hydarthrose concomitante.

Ces kystes sont assez graves, en raison de leur communication avec la cavité articulaire, de la gêne qu'ils apportent dans les mouvements, et du développement excessif qu'ils peuvent acquérir. Il faut les traiter par la ponction et l'injection iodée. Cette opération, très-inoffensive quand le kyste est libre, pourrait avoir quelques inconvénients lorsqu'il communique encore avec l'articulation: aussi, dans ce cas, a-t-on conseillé de faire étendre fortement la jambe pendant l'injection, afin de prévenir autant que possible l'entrée du liquide dans l'articulation.

Kystes tendineux.

L'anatomie nous apprend qu'il existe dans la région poplitée plusieurs bourses séreuses, sans communication normale avec la synoviale; cependant la bourse séreuse du muscle poplité fait presque toujours exception à cette règle.

Dans chacune de ces cavités peuvent se développer des kystes. Ils diffèrent des kystes articulaires, au point de vue anatomique, par la nature de leur contenu; au point de vue symptomatique, par leur situation. Tandis que les premiers renferment un liquide semblable à celui de l'hydarthrose, puisqu'ils ne sont qu'une conséquence de cette affection, les kystes tendineux sont remplis d'un liquide épais, filant, souvent analogue à de la gelée. Ils sont quelquefois multiloculaires.

Leur position dans la région poplitée est subordonnée à celle de la bourse séreuse qui leur a donné naissance; mais, quelle qu'elle soit, ils occupent toujours les parties latérales. Ordinairement ovoïdes, ils affectent, dans certains cas, une forme plus ou moins allongée. Leur volume est également variable; ils peuvent devenir assez considérables pour gêner notablement la marche. D'ailleurs ils sont élastiques et fluctuants comme les kystes articulaires, mais non réductibles comme ces derniers. Leur réductibilité ne s'observe que dans les cas rares où la bourse séreuse communique avec l'articulation. Leur marche est lente; quelquefois ils se rompent, et leur contenu se répand dans le tissu cellulaire environnant; mais, après cette évacuation spontanée, il n'est pas rare de voir la tumeur se reproduire.

Les causes de ces kystes sont peu connues; quant à leur diagnostic, ce

que nous avons dit de leur situation permettra toujours de les distinguer des kystes articulaires, qui occupent le milieu du creux poplité.

Le pronostic n'est pas grave, du moins lorsque le kyste est isolé de la cavité articulaire, ce qui est le cas le plus fréquent. Le traitement est le même que pour les autres kystes.

ARTICLE QUATRIÈME

MALADIES DE LA JAMBE

Dans cette région, étendue du genou au cou-de-pied, nous ne trouvons d'important que les *fractures*.

I. — FRACTURES DE LA JAMBE.

On donne ce nom aux fractures qui affectent en même temps le tibia et le péroné.

Causes et mécanisme. — Les unes sont directes, comme un coup de pied de cheval ou une roue de voiture. Le plus souvent, elles sont indirectes et peuvent se produire dans les conditions suivantes: un individu, étant debout, reçoit sur le tibia un choc violent qui fracture cet os; le péroné, étant trop faible pour soutenir à lui seul le poids du corps, se brise à son tour; on pourrait dire que, dans ce cas, la cause est mixte, c'est-à-dire directe pour le tibia et indirecte pour le péroné. Dans une chute d'un lieu élevé sur les pieds, le tibia, soutenant à lui seul le poids du corps, se fracture au tiers inférieur; le péroné se fracture à son tour, parce qu'il est trop faible pour supporter le poids du corps. Une fracture de jambe peut encore se produire dans un mouvement d'adduction ou d'abduction de la pointe du pied: car, dans ces mouvements, l'astragale, tournant autour d'un axe actif qui passerait verticalement par son centre, presse les deux malléoles en sens inverse, et peut produire la fracture des deux os.

Variétés. — Ces fractures peuvent être simples ou compliquées; les deux os peuvent être fracturés au même niveau, ou à des niveaux différents, et la direction de la fracture est très-variable. Cependant, dans la majorité des cas, les fractures indirectes de la jambe siègent au tiers inférieur, et la fracture est dirigée, sur le tibia, de haut en bas et d'arrière en avant. On dit alors que le fragment supérieur est taillé en bec de flûte.

Déplacements. — Les déplacements sont très-variables; quelquefois il n'en existe pas; mais, dans les fractures les plus fréquentes, que nous venons de signaler, il y a un déplacement angulaire, du chevauchement,

et un déplacement par rotation. En effet, la pointe du pied est portée dans l'abduction; il y a un raccourcissement du membre, déterminé par les muscles jumeaux et soléaire qui élèvent le talon, et par conséquent les fragments inférieurs. Pendant que ces fragments sont portés en haut, ils repoussent en avant l'extrémité inférieure du fragment supérieur du tibia, dont la pointe comprime la peau de dedans en dehors. (Fig. 127.)

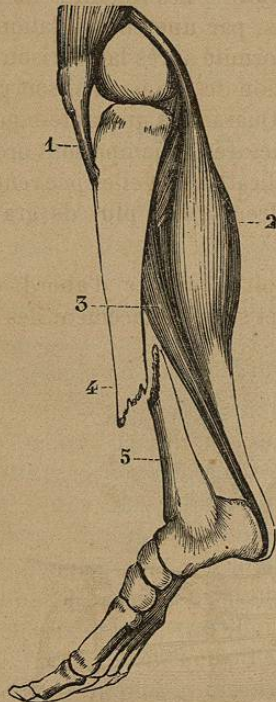


FIG. 127. — Déplacement des fragments, dans la fracture de la jambe.

1. Tendon rotulien. — 2. Jumeaux. — 3. Soléaire. — 4. Fragment supérieur. — 5. Fragment inférieur.

On comprend qu'il n'y aura qu'un déplacement très-limité, lorsque la fracture siègera à un niveau différent sur les deux os, les fragments étant maintenus par le ligament interosseux.

Symptômes. — On observe ici les symptômes communs à toutes les fractures : douleur, impuissance du membre, mobilité anormale, crépitation, déformation. Cette déformation, aussi variable que le siège de la fracture, est la suivante, lorsque la fracture se fait au lieu d'élection, c'est-à-dire au tiers inférieur de la jambe : comme nous l'avons déjà dit, la pointe du pied est tournée en dehors, la pointe du fragment supérieur forme une saillie sous la peau, et la jambe semble tordue au niveau de la fracture.

Complications. — Ces fractures sont beaucoup plus fréquemment compliquées que toutes les autres. On peut observer ici toutes les complications; mais les plus fréquentes sont : les esquilles, les phlegmons, et l'issue du fragment supérieur à travers les téguments. Il n'est pas

rare de voir la pointe du fragment supérieur amincir la peau, et la détruire insensiblement de la face profonde vers la face superficielle.

Diagnostic. — A moins d'une tuméfaction considérable qui masque quelquefois la lésion, il est impossible de méconnaître une fracture de jambe.

Pronostic, marche et terminaison. — Les fractures de la jambe se terminent, dans presque tous les cas, par une consolidation osseuse. Il est assez fréquent d'observer une difformité après la guérison, difformité produite soit par le défaut de coaptation des fragments, soit par la saillie de la pointe du fragment supérieur. Quarante à quarante-cinq jours sont nécessaires à la consolidation. Les fractures de jambe sont ordinairement graves, à cause des nombreuses complications qu'elles peuvent présenter; lorsqu'elles sont simples, elles n'offrent guère plus de gravité que les autres fractures.

Traitement. — Le chirurgien doit s'occuper d'abord d'opérer la réduction. Si la fracture est simple et sans déplacement des fragments,

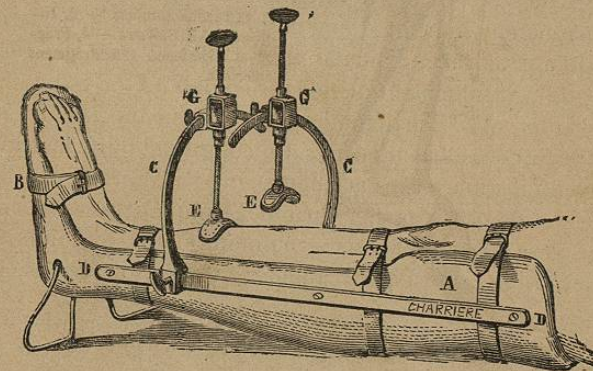


FIG. 128. — Appareil de M. B. Anger pour les fractures de la jambe.

on peut appliquer un appareil inamovible. (Voy. Fractures en général.)

Lorsque la fracture est compliquée, il faut d'abord s'occuper de la complication, comme cela a été dit dans les généralités sur les fractures. S'il n'existe qu'une plaie peu étendue, il faut en faire l'occlusion avec de la baudruche collodionnée; si le fragment supérieur fait saillie à travers les téguments, il faut chercher à le réduire; si l'on ne peut y parvenir, on peut réséquer son extrémité pour faciliter la réduction; ensuite, le membre est immobilisé, et, après la guérison de la complication, on peut se comporter comme si la fracture était simple.

Nous donnons (fig. 128) le dessin d'un appareil fort ingénieux inventé par M. B. Anger pour remédier à la saillie du fragment supérieur. Il suffit de voir la figure pour comprendre le mécanisme de l'appareil. Il a pour usage principal de repousser le fragment supérieur en arrière; on

peut prévenir ainsi une déformation qui, nous l'avons vu, ne se rencontre que trop souvent à la suite des fractures de jambe.

II. — FRACTURES DU TIBIA.

Ces fractures peuvent occuper le corps du tibia ou ses extrémités.

Les premières ne s'accompagnent pas ordinairement de déplacement ; on ne les reconnaît qu'à l'ecchymose et à la douleur vive au niveau du point fracturé. Elles sont assez simples, et guérissent sans difformité ; un appareil inamovible doit être appliqué et maintenu pendant quarante jours environ.

Les fractures de l'extrémité supérieure sont produites par des violences très-considérables ; il n'y a presque jamais de déplacement ; car, en général, le trait de la fracture est horizontal, et les fragments ont une si grande surface, qu'ils ne peuvent que difficilement s'abandonner.

Les fractures de l'extrémité inférieure ne seraient pas plus graves que celles du corps de l'os et ne mériteraient pas une mention spéciale, si elles ne s'accompagnaient souvent d'une lésion grave, la pénétration de la fracture jusqu'aux surfaces articulaires. En effet, il n'est pas rare de voir le fragment taillé obliquement de dedans en dehors, de telle sorte qu'il y a communication avec l'articulation tibio-tarsienne. Ce fragment est quelquefois réduit en plusieurs éclats. On comprend toute la gravité d'une semblable complication, et les accidents qui peuvent en être la conséquence. Aussi doit-on s'attacher surtout à combattre ces accidents, en même temps que le membre sera maintenu dans l'immobilité. Cette dernière précaution suffira pour amener la guérison des fractures non compliquées.

III. — FRACTURES DU PÉRONÉ.

Examen du malade. — Par le regard, l'élève constatera la tuméfaction et l'ecchymose au niveau du péroné, la déviation du pied ; par la palpation, il reconnaîtra le déplacement, lorsqu'il existe (*coup de hache*), et, en appuyant la pulpe du doigt au niveau du point fracturé, il provoquera une vive douleur, ordinairement circonscrite à ce point, ou, tout au moins, allant en diminuant vers les parties voisines. Embrassant de la main gauche l'extrémité inférieure de la jambe, et imprimant des mouvements au pied saisi de la main droite, il pourra quelquefois sentir la crépitation et la mobilité anormale. Mais, lorsque ces signes ne s'observent pas facilement, il ne faut pas faire de trop longues tentatives pour les percevoir.

Causes. — Les unes sont indirectes, les autres directes. Celles-ci, plus rares, donnent lieu à des fractures qui ont la plus grande analogie avec les fractures des autres os longs. Les causes indirectes consistent en des mouvements anormaux de l'articulation tibio-tarsienne, ou en l'exagération de mouvements normaux ; tous ces mouvements se produisent ordinairement dans des faux pas.

Variétés. — Il est évident que les fractures directes, siégeant au point frappé, peuvent présenter toutes sortes de variétés. Mais les fractures produites par cause indirecte peuvent siéger sur trois points de la longueur de l'os : 1° à la base de la malléole externe, c'est-à-dire au niveau du point qui est en contact avec la surface articulaire du tibia ; 2° à trois ou quatre centimètres au-dessus de la malléole ; 3° vers le tiers supérieur du péroné.

Le mécanisme de ces fractures a été fort bien étudié par M. Maison-neuve ; nous suivrons la marche que ce chirurgien a adoptée.

Mécanisme. — Nous venons de voir que des mouvements exagérés ou anormaux de l'articulation tibio-tarsienne déterminent des fractures indirectes du péroné. Ces mouvements sont les suivants : 1° renversement du pied en dedans ; 2° renversement du pied en dehors ; 3° adduction de la pointe du pied ; 4° abduction de la pointe du pied.

Lorsque la plante du pied est renversée en dedans, l'astragale, qui est intimement uni au scaphoïde et au calcanéum, tend à suivre le mouvement de la totalité du pied ; sa face externe, en contact avec la malléole externe, s'écarte de cette saillie osseuse, et comme celle-ci est unie au calcanéum et à l'astragale par trois ligaments, elle est arrachée, et la fracture occupe la base de la malléole. Lorsque cette fracture ne se produit point pendant ce mouvement, il y a simplement entorse. Cette variété de fractures a reçu le nom de *fracture par arrachement*.

Lorsque la plante du pied se renverse en dehors, la malléole interne peut être arrachée par le même mécanisme ; dans ce mouvement, qui est le contraire du précédent, la face externe de l'astragale repousse la malléole externe. Deux choses peuvent alors se passer : ou bien le ligament interosseux de l'articulation tibio-péronéale est déchiré, ou bien il reste intact ; s'il est déchiré, il y a une *diastasis* de cette articulation, et le péroné, étant pressé à ses deux extrémités par la face externe du calcanéum et par la partie supérieure du tibia, se fracture vers le tiers supérieur, parce que ce point est le plus aminci (*fracture par diastase*). Si le ligament péronéo-tibial résiste, le sommet de la malléole étant repoussé en dehors, ce ligament joue le rôle d'un pivot, et le corps du péroné, flexible, est porté vers le tibia ; dans ce dernier cas, si la fracture se produit, c'est toujours à trois ou quatre centimètres au-dessus de la base de la malléole. Pour que cette fracture ait lieu, il faut nécessairement que le ligament latéral interne soit déchiré ou que la malléole interne soit fracturée.

Dans l'adduction de la pointe du pied, si le côté externe de la pointe est arrêté par un obstacle, les mouvements des différentes articulations du pied se combinent de manière à déterminer un renversement de la plante du pied en dedans, et par conséquent une fracture par arrachement. Ce faux mouvement se produit quelquefois en courant.

Lorsque la pointe du pied est portée dans l'abduction (ce mouvement s'observe encore dans les mêmes conditions que le précédent, seulement

l'obstacle arrête la pointe du pied sur son bord interne), l'axe horizontal du pied, et, par conséquent, de l'astragale, exécute un mouvement de rotation autour d'un axe vertical passant par le milieu de la jambe et tombant sur le centre de l'astragale. Dans ce mouvement, la partie antérieure de l'astragale se porte en dehors, et la partie postérieure en dedans; les deux malléoles reçoivent une pression inverse, l'externe tend à être portée en arrière et en dehors par la face externe de l'astragale, qui presse sur elle, et la malléole interne en dedans et en avant, par la face interne de l'astragale. Ce mouvement peut produire une fracture des deux os de la jambe, et lorsqu'il donne lieu seulement à une fracture du péroné, on voit cet os se briser à quelques centimètres au-dessus de la malléole. M. Maisonneuve a donné à cette fracture le nom de *fracture par divulsion*.

Symptômes. — 1^o *Fracture par arrachement.* — La déformation est rare, et la crépitation difficile à sentir. On est le plus souvent obligé d'établir le diagnostic sur la présence de l'ecchymose, du gonflement et de la douleur siégeant au niveau de la base de la malléole. On peut quelquefois obtenir la mobilité anormale, en embrassant la partie inférieure de la jambe de la main gauche, le pied de la main droite, et en renversant celui-ci successivement en dedans et en dehors, l'un des pouces étant appuyé sur le sommet de la malléole. On peut ainsi percevoir, dans quelques cas, la crépitation. Il peut arriver, le déplacement étant un peu considérable, que le bord interne du pied soit légèrement relevé, et que sa face dorsale regarde en dehors.

Cette variété de fracture est fréquemment compliquée de fracture de la malléole interne, d'entorse et d'épanchement sanguin intra-articulaire, comme toutes les fractures qui communiquent avec les articulations.

2^o *Fracture par diastase.* — Autour du cou-de-pied, on constate de la douleur et de la tuméfaction, un écartement des malléoles, souvent le renversement du pied en dehors, et une certaine mobilité de l'astragale entre les deux malléoles. Il n'est pas rare de voir l'axe de la jambe tomber en dedans de l'axe antéro-postérieur du pied.

C'est au niveau de la partie supérieure du péroné qu'on perçoit une douleur fixe, très-vive, et quelquefois la crépitation, qui trahit le véritable siège de la fracture. On constate en même temps la présence d'une ecchymose, qui occupe, dans certains cas, toute la longueur du péroné.

3^o *Fracture par divulsion.* — Douleur, tuméfaction, souvent ecchymose au niveau du péroné, à quelques centimètres au-dessus du sommet de la malléole; écartement léger entre les malléoles. Ordinairement, il existe, au niveau du point fracturé, une dépression formée par l'enfoncement des deux fragments, *coup de hache* (Dupuytren). On peut percevoir la mobilité anormale et la crépitation, en usant du procédé que nous

avons indiqué pour la fracture par arrachement. La pointe du pied est quelquefois déviée en dehors, et la malléole interne fait saillie; dans ces cas, l'axe de la jambe tombe sur un point voisin du bord interne du pied. De même que la fracture par arrachement, elle se complique d'entorse et de fracture de la malléole interne. (Fig. 129.)

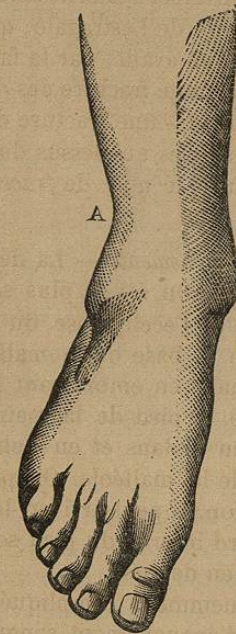


FIG. 129. — Fracture du péroné avec le coup de hache très-accusé en A et une projection du pied en dehors. (Figure tirée du Traité de diagnostic des maladies chirurgicales, de Foucher.)

Diagnostic. — On pourrait confondre ces fractures avec une entorse; mais, dans la fracture, la douleur est située le long du péroné, dans le point correspondant à la solution de continuité, tandis que, dans l'entorse, elle est beaucoup moins localisée, et répond à l'articulation et aux ligaments qui l'environnent. Dans la fracture nous trouvons encore une tuméfaction circonscrite, puis tous les signes propres aux fractures, et qui, lorsqu'on peut les percevoir, ne peuvent laisser aucun doute: mobilité anormale, crépitation, déformation du pied.

Dans les cas difficiles, il faut se rappeler que les symptômes de l'entorse existent autour de l'articulation, dans le plus grand nombre de cas. On fera le diagnostic des diverses variétés entre elles par la comparaison de leurs symptômes.

Pronostic. — Peu graves, ces fractures guérissent assez vite. Lorsqu'il y a écartement des malléoles, la récidive est à craindre. S'il y a complication d'entorse, il faut condamner le malade au repos le plus absolu, car il pourrait survenir une inflammation lente, ou une tumeur blanche, surtout chez les sujets prédisposés.

Traitement. — Dans la majorité des cas, la fracture est assez simple

pour qu'on puisse appliquer un appareil inamovible; en général, il n'y a pas de déplacement.

On commence d'abord par s'occuper du traitement des complications, celui de la fracture vient ensuite.

Dans le cas où le pied serait fortement renversé en dehors, on pourrait appliquer l'appareil de Dupuytren pour le diriger dans le sens opposé. Il faut toujours l'immobiliser dans sa direction normale; sans cette précaution, il pourrait rester définitivement dévié.

ARTICLE CINQUIÈME

MALADIES DU PIED

Nous décrirons dans cet article : les *fractures du calcanéum*, les *luxations de l'astragale*, le *pied-bot*, le *mal perforant* et l'*ongle incarné*.

Nous ne nous arrêterons pas sur les diverses lésions de l'articulation tibio-tarsienne et des os du tarse, les maladies qui affectent ces parties ayant été complètement décrites dans le cours de cet ouvrage.

I. — FRACTURES DU CALCANÉUM.

Ces fractures peuvent se faire *par écrasement* ou *par arrachement*. Elles s'observent surtout chez les vieillards, à cause de la raréfaction du tissu osseux du calcanéum.

Les *fractures par écrasement* succèdent à une chute sur le talon; l'os est ordinairement brisé en plusieurs fragments, et s'aplatit de haut en bas.

Le talon est affaissé, les malléoles paraissent plus rapprochées de la plante du pied. Au début, il y a ordinairement un gonflement considérable qui masque les saillies osseuses. En cherchant à imprimer des mouvements au calcanéum, on peut sentir la crépitation. Le talon et les parties voisines sont le siège d'une vive douleur.

Il suffit, pour tout traitement, d'immobiliser le pied dans une position convenable.

Les *fractures par arrachement* sont dues à une violente contraction musculaire. Le trait de la fracture occupe la partie postérieure de l'os, en arrière de l'astragale. Le fragment détaché correspond à la partie sur laquelle s'insère le tendon d'Achille.

Le talon remonte légèrement; le déplacement augmente à mesure qu'on porte le pied dans la flexion. Il y a douleur, crépitation, impuissance du membre, et ecchymose au niveau de la solution de continuité.

Le traitement consiste à placer le pied dans une pantoufle, à laquelle s'attache, en arrière, un lien qui va se fixer en haut à une jarretière embrassant la cuisse un peu au-dessus du genou. De cette manière, le pied se trouve dans l'extension, et les deux fragments sont maintenus en contact. On peut aider à leur rapprochement au moyen d'une bandelette de diachylon, croisée en huit de chiffre sur le talon et sur le cou-de-pied.

II. — LUXATIONS DE L'ASTRAGALE.

On désigne encore ces luxations sous le nom de *luxations du pied*.

On en distingue six espèces : en dedans, en dehors, en arrière, en avant, en haut et par rotation.

Causes et mécanisme. — Elles sont produites par une violence extérieure qui agit sur la partie inférieure de la jambe, ou par une chute sur les pieds.

Le déplacement en dedans et en dehors se produit par le mécanisme que nous avons indiqué pour les fractures du péroné; on comprend, par conséquent, qu'il s'accompagne quelquefois de fracture de la malléole externe.

La luxation en arrière est souvent occasionnée par un saut, une chute, le pied portant à plat sur un plan incliné. Au moment de la chute, le tibia peut glisser en avant sur la poulie astragaliennne. C'est un mécanisme inverse pour la luxation en avant, la chute ayant lieu pendant la flexion du pied.

Dans la luxation en haut, l'astragale passe entre le tibia et le péroné, qui se sont séparés.

La luxation par rotation est l'exagération du mouvement qui produit la fracture par divulsion; la pointe du pied est retenue par son côté interne, la tête de l'astragale regarde en dehors, tandis que son extrémité postérieure regarde en dedans.

Anatomie pathologique. — Les ligaments sont rompus du côté où se fait le déplacement, et si celui-ci est considérable, la rupture se montre sur tout l'appareil ligamenteux de l'articulation. Dans les luxations en dedans et en dehors, la face supérieure de l'astragale abandonne le tibia et regarde en dedans ou en dehors; dans les luxations en avant et en arrière, la poulie astragaliennne se porte en avant ou en arrière du tibia.

Symptômes. — 1^o *Luxation en dedans.* Le bord interne du pied regarde en bas; la malléole interne forme une saillie considérable; elle semble plus élevée qu'à l'état normal; au-dessous d'elle, le bord interne de la poulie astragaliennne forme une saillie moins proéminente. Il y a de la mobilité anormale et souvent de la crépitation, produite par la fracture de l'une des malléoles.