

Même à l'époque préantiseptique, les fractures compliquées de jambe guérissaient souvent. Le pus faisait des fusées, pendant des mois il sortait des séquestres, mais finalement le sujet guérissait avec une jambe utilisable. Pour leur traitement on emploie volontiers les appareils à suspension, par exemple celui de Salter (fig. 113).

La suspension faite par Menzel avec une écharpe triangulaire est plus simple encore (fig. 114).

Souvent on est obligé, quand la jambe a été soignée par une main maladroite, de réséquer la saillie du fragment supérieur<sup>1</sup>.

Les fractures de jambe sont tout aussi sujettes aux pseudarthroses que les fractures de cuisse. Les opérations de pseudarthrose sont très faciles sur le tibia, vu sa position superficielle.

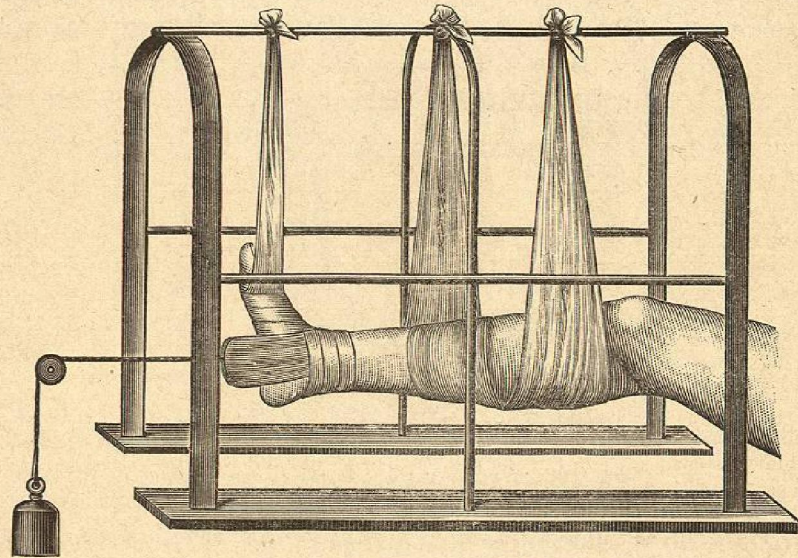


Fig. 114. — Appareil à suspension de Menzel.

## § 2. — Fractures malléolaires.

Tandis que les fractures des épiphyses supérieures sont presque toujours produites par causes directes et celles de la diaphyse également par causes directes ou indirectes, celles de l'épiphyse inférieure sont presque toujours indirectes. Et tandis que le mécanisme des fractures

(1) Un chirurgien même adroit peut ne pas pouvoir réduire sans résection immédiate la fracture en V où le fragment supérieur a perforé la peau et chevauché notablement.  
(A. B.)

par causes indirectes de la diaphyse est encore mal connu, celui des fractures indirectes de l'épiphyse inférieure a été l'objet d'études nombreuses et fort complètes.

Nous trouvons ici deux groupes de fractures : celles produites par une pression verticale, et celles par un mouvement forcé du pied. Les premières sont rares, et sont produites par une chute sur les pieds d'un lieu très élevé ; leur mécanisme est clair ; la figure 111 en donne un exemple. Les secondes sont très fréquentes. Elles ont été l'objet d'études précises de la part de Richerand et Boyer ; Maisonneuve et Dupuytren ont écrit des travaux classiques à leur sujet. Dupuytren a eu surtout en vue les fractures de l'extrémité inférieure du péroné. Par une forte flexion en dedans (supination du pied), la malléole externe s'arrache ; par un mouvement contraire, ce serait la mal-

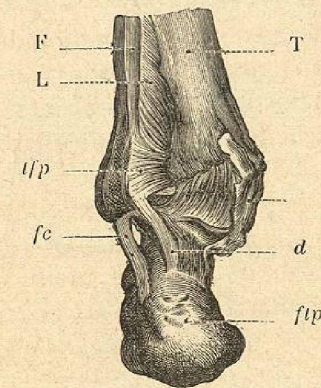


Fig. 115. — Face postérieure de l'articulation tibio-tarsienne. T, tibia ; F, péroné ; L, ligament inter-osseux ; d, ligament deltoïdien ; t/p, ligament péronéo-tibial postérieur ; fc, ligament péronéo-calcanéen ; ftp, ligament péronéo-astragalien postérieur.

léole interne ou ses ligaments qui se rompraient ; le poids du corps repose alors sur le péroné seul, et celui-ci se brise au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. Maisonneuve remarqua que cette dernière fracture se faisait également quand le pied est mis dans l'abduction (sa pointe tournée en dehors), — fractures par divulsion. De plus il fit observer que dans ce mouvement les ligaments tibio-péroniers se rompaient fréquemment, enfin que si la torsion augmentait, le péroné se fracturait très haut au niveau de son tiers supérieur. Bonnet aussi fit un grand nombre d'expériences sur l'action des mouvements forcés du pied vers la jambe ; enfin Tillaux vérifia les expériences de Maisonneuve et le Dr Hœnigschmied à Innsbruck reprit celles de Bonnet. En résumant toutes ces données, on peut dire que :

1. La flexion plantaire forcée produit la rupture des ligaments (d'abord des ligaments deltoïdien et tibio-péronéal antérieur, puis des li-