

La luxation des tendons péroniers latéraux qui peut porter sur les deux cordons fibreux, et tantôt sur un seul, cas auquel le long péronier latéral est le plus souvent sorti de sa gaine (13 fois sur 18, Bousquet et Ricard), se reconnaît à une douleur vive, à une sensation de déchirure en arrière de la malléole externe, au moment de l'accident. Le malade tombe à terre, presque toujours, et relevé éprouve une grande difficulté à se tenir en équilibre, à cause des souffrances qu'il éprouve. Le ou les tendons ont quitté leur gouttière rétro-malléolaire externe et, si le gonflement n'est pas trop considérable, on les sent à la face externe de la malléole externe, sous la forme de cordes tendues. Si on les repousse en arrière, elles rentrent facilement dans leur loge avec un bruit sec, mais elles en sortent souvent, sans difficulté, si on met le pied dans l'adduction. Quelques heures après l'accident, on note une ecchymose rétro-malléolaire externe. On connaît de rares cas d'irréductibilité des tendons péroniers latéraux. Malgré la persistance du déplacement, la marche se trouve rarement gênée; si elle l'est, cela tient surtout aux raideurs articulaires consécutives aux entorses qui accompagnent, fréquemment, la luxation des tendons péroniers latéraux.

On a observé, dans quelques circonstances exceptionnelles, la luxation du tendon du muscle jambier antérieur et celle du tendon du jambier postérieur.

Pour en finir avec les tendons de la région tibio-tarsienne, rappelons que, sans qu'ils soient luxés, la déchirure partielle de leurs gaines s'observe, assez fréquemment, dans les mouvements forcés du cou-de-pied, et que ces gaines sont alors le siège d'épanchements sanguins qui, avec les épanchements de même nature qui se font, en même temps, dans le tissu cellulaire voisin, peuvent constituer toute la lésion; on dit alors qu'on est en présence d'une entorse périarticulaire. On ne pose ce diagnostic que par l'absence ou la faible intensité de la douleur, au niveau des points d'insertion des ligaments.

DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS ORGANIQUES
DU COU-DE-PIED

Affections aiguës. — Comme au poignet, les affections aiguës du cou-de-pied sont ou *périarticulaires* ou *intraarticulaires*.

1° Les affections aiguës périarticulaires sont des *phlegmons* qui dans cette région ne présentent rien de particulier ou des *synovites*, qui au cou-de-pied occupent soit les tendons du groupe externe, soit ceux du groupe postéro-interne.

Ces *synovites aiguës* demandent tout d'abord à être différenciées des arthrites aiguës. Elles ont, en effet, des caractères communs. Le malade qui se présente avec l'une ou l'autre de ces maladies, se plaint de douleurs surtout exagérées par la marche, d'une grande gêne ou d'une impossibilité de cette fonction, d'un gonflement très prononcé de la région et d'une sensibilité très vive à la pression sur certains points.

Ce qui permettra de reconnaître la *synovite* de l'*arthrite*, c'est que dans cette dernière il existe des douleurs spontanées qui sont plus rares dans la *synovite*. Si à l'aide de la main saisissant l'arrière-pied on cherche à rapprocher la surface articulaire de l'astragale de la mortaise tibio-péronière, le malade atteint d'*arthrite* éprouvera de vives douleurs pendant cette manœuvre qui sera indifférente au sujet atteint de *synovite*.

Dans l'*arthrite* tous les mouvements sont douloureux; dans la *synovite* ils font souffrir le patient, mais sont possibles et avec quelques précautions on peut doucement fléchir et étendre le pied sur la jambe ce qui n'est pas possible dans l'inflammation intraarticulaire.

Le gonflement n'est pas le même; dans la *synovite* il est localisé aux gaines des tendons affectés, soit en dehors pour les péroniers latéraux, en dedans pour les jambiers et les fléchisseurs; dans l'*arthrite* il est surtout évident à la région antérieure et peut même occuper tout le cou-de-pied. De plus la forme du gonflement n'est pas la même; il est allongé dans le sens de l'axe de la jambe, quand il est sous la dépen-

dance de l'inflammation d'une gaine séreuse; il occupe tout le tour de l'articulation dans le cas d'arthrite.

Le siège de la douleur à la pression n'est pas non plus le même. Dans la synovite, le doigt localise la douleur au seul niveau du ou des tendons malades, c'est-à-dire exactement en arrière du péroné ou du tibia; dans l'arthrite la douleur à la pression siège surtout en avant de l'articulation dans l'angle formé par la jambe et le pied, au point où les surfaces articulaires sont le plus superficielles.

D'après ces différents caractères, il est possible de reconnaître une synovite aiguë d'une arthrite aiguë. Mais cela ne suffit pas; il existe plusieurs formes de synovite qu'il est nécessaire de différencier l'une de l'autre.

Au cou-de-pied on ne rencontre pour ainsi dire qu'une variété de *synovite sèche*, et elle est même beaucoup plus rare qu'au poignet.

La *synovite crépitante*, en effet, s'observe quelquefois au niveau de la gaine des péroniers latéraux. Elle a pour cause en général une marche forcée et pour symptôme caractéristique une crépitation qui s'obtient en fléchissant le pied et en portant la plante en dedans. On perçoit cette crépitation en plaçant la main à la partie moyenne du tendon.

Les *synovites séreuses* ont presque toutes pour cause le rhumatisme, la blennorrhagie.

La *synovite rhumatismale* occupe de préférence la gaine des péroniers latéraux, mais peut envahir aussi celle des extenseurs et des jambiers. Elle se reconnaît à la forme du gonflement qui embrasse en croissant la malléole, à la coloration rosée qu'on peut percevoir sur le trajet du tendon, à son début brusque et enfin aux antécédents du malade et aux accidents qu'il peut présenter dans d'autres régions articulaires.

La *synovite blennorrhagique* présente des caractères analogues, mais la douleur est plus vive, le gonflement plus intense et si on examine l'urètre ou le vagin (ce qui devra toujours être fait), on trouvera un écoulement purulent qui ne laisse plus de doute sur la nature de l'affection.

2° Les affections aiguës intra-articulaires ou arthrites

aiguës du cou-de-pied apparaissent dans cette articulation, comme dans les autres, sous l'influence d'une maladie infectieuse ou d'un traumatisme violent de l'articulation inoculant la synoviale.

Dans ces cas, la nature de l'affection est facile à reconnaître et le diagnostic se fait en se reportant à la cause qui a déterminé la complication articulaire.

Mais il existe au cou-de-pied des arthrites aiguës qu'on pourrait appeler plus spécialement spontanées et parmi celles-ci deux variétés qui seules intéressent le clinicien : l'arthrite rhumatismale aiguë et l'arthrite blennorrhagique.

L'*arthrite rhumatismale* se reconnaît à la brusquerie du début des accidents, à l'envahissement simultané de plusieurs jointures, aux complications cardiaques possibles, à une attaque antérieure de rhumatisme, à la rapidité d'évolution de la lésion et à la non-tendance à l'ankylose.

L'*arthrite blennorrhagique*, relativement rare du reste, à l'articulation tibio-tarsienne se différenciera de la précédente, à sa localisation sur une seule articulation, à son évolution plus lente, à sa tendance précoce vers l'ankylose et enfin à la présence d'un écoulement gonococcique.

Affections chroniques. — Parmi les affections chroniques, les synovites des tendons et les arthrites sont les seules qui intéressent le clinicien à cause de leur fréquence et de la difficulté qu'on rencontre parfois à les différencier les unes des autres.

Le tableau clinique à première vue est toujours le même; c'est un malade qui se présente à vous, parce qu'il souffre du cou-de-pied, qu'il marche de plus en plus difficilement et qu'il a vu un gonflement se produire petit à petit ou persister dans cette région.

Nous éliminerons tout d'abord la *synovite rhumatismale chronique* et la *synovite blennorrhagique chronique* qui ont eu une période aiguë et qu'il est facile de reconnaître aux signes distinctifs que nous avons indiqués à plusieurs reprises. (Voir *Genou, Épaule, Coude.*)

La *synovite syphilitique* a été décrite par Fournier; c'est une forme fruste qui a pour caractères d'être très souvent

indolore, de se manifester par un épanchement séreux plus ou moins notable et de se rencontrer chez un sujet qui, à un examen complet, décelera les stigmates de l'infection vénérienne :

Ces trois affections rares du reste éliminées, on ne se trouve plus en présence que de la tuberculose et le premier problème à résoudre est le suivant.

La lésion siège-t-elle dans les gaines tendineuses, dans les malléoles ou dans l'articulation ?

Ce diagnostic du siège exact de la lésion ne pourra être fait qu'au début de la maladie, car on sait qu'au bout d'un certain temps la diffusion de l'élément tuberculeux est telle, qu'il a envahi successivement toute la région et qu'il est impossible de dire le point précis qui a été le premier atteint.

A la première période de la maladie, il faut même une grande attention pour diagnostiquer le siège de la lésion ; car, soit qu'on ait affaire à une synovite, à une ostéite ou à une arthrite, on se trouve toujours en présence d'une masse fongueuse plus ou moins ramollie, bosselée, fluctuante par places et tendant vers l'ulcération.

La *synovite fongueuse* se reconnaîtra cependant aux caractères suivants : elle envahit le plus souvent les péroniers latéraux et fait le tour de la malléole externe en prenant la forme d'un croissant mal défini ; quand les gaines des fléchisseurs et du jambier postérieur sont atteintes, l'aspect est le même autour de la malléole interne. La pression au niveau des tendons et sur leurs trajets est douloureuse ; elle est indolore sur les malléoles et sur l'interligne de l'articulation ; les mouvements du pied sur la jambe sont d'autant plus douloureux qu'ils mettent en action les tendons des muscles atteints ; mais ils sont possibles et de petits chocs pratiqués sur le calcaneum et se transmettant à l'articulation tibio-tarsienne restent tout à fait indolores ; enfin la tuméfaction formée par les fongosités peut dans certains cas être mobilisée en masse dans le sens transversal, tandis qu'elle ne peut subir dans le sens vertical que les mouvements provoqués par la contraction musculaire.

Quand pendant l'examen on aura perçu le bruit de chai-

non, on fera le diagnostic de *synovite à grains riziformes*. Cette variété de synovite affecte presque exclusivement la gaine des péroniers latéraux.

L'*ostéite des malléoles*, plus fréquente à la malléole externe, se reconnaîtra aux signes suivants : la tuméfaction a pour centre la malléole, la douleur à la pression ne se manifeste qu'à son niveau et cesse dès que le doigt se porte en dehors d'elle ; les mouvements de l'articulation sont douloureux, mais il faut savoir que cette lésion se transforme vite soit en arthrite soit en synovite, à cause des rapports de la malléole avec la synoviale, l'astragale et les tendons.

DIAGNOSTIC DE LA TUMEUR BLANCHE DU COU-DE-PIED

L'*arthrite tibio-tarsienne tuberculeuse* ou ostéo-arthrite tuberculeuse ou tumeur blanche du cou-de-pied a des caractères assez tranchés pour qu'on puisse la reconnaître facilement. Elle doit être considérée au point de vue clinique à ses deux périodes : avant l'ulcération et après l'ulcération.

La tumeur blanche n'est pas suppurée, et ne porte pas de fistules. — Au contraire de la synovite et de l'ostéite les lésions seront plus étendues. La tuméfaction envahira tout le pourtour ou presque tout le pourtour de l'article et le maximum des lésions se rencontrera au début, en avant et sur les côtés, pour se montrer bientôt à la partie postérieure. La synovite peut aussi se propager entre le tendon d'Achille et le plan musculaire profond pour passer d'un côté à l'autre ; mais la partie antérieure du cou-de-pied reste indemne.

La pression est douloureuse en avant au niveau de l'interligne articulaire ; elle l'est sur les deux malléoles.

Les mouvements sont impossibles et la moindre manœuvre de l'articulation arrache des cris au malade.

Quand on prend le talon d'une main et que par un mouvement plus ou moins prononcé on cherche à faire rentrer l'astragale dans la mortaise tibio-péronière, on occasionne de grandes souffrances au patient.

En même temps le pied se place en extension, le bas de

la jambe prend une forme arrondie, les muscles du mollet s'atrophient.

Avec quelle autre arthrite chronique pourrait-on confondre la tumeur blanche du cou-de-pied ?

Avec une *arthrite rhumatismale chronique* ; mais ici le gonflement est minime ; il persiste surtout de la gêne et de la douleur pendant les mouvements. L'affection a eu une période aiguë rapide, a envahi plusieurs articulations et a donné quelquefois lieu à des troubles cardiaques.

Avec une *arthrite blennorrhagique* passée à l'état chronique ; mais on se rappellera l'intensité des douleurs spontanées, surtout vives pendant la nuit ; on trouvera une tendance à l'ankylose précoce ; on constatera le siège mono-articulaire de la lésion ; enfin, dans la majorité des cas, on trouvera soit dans le passé, soit dans le présent, l'existence d'un écoulement purulent du côté des organes génitaux.

Avec une *arthrite sèche* ; mais celle-ci présente des craquements constants non seulement dans l'articulation tibio-tarsienne, mais dans les autres jointures ; il n'existe pas de fongosités, mais des productions ostéophytiques ; enfin l'interrogatoire du malade apprend le plus souvent qu'on a affaire à une arthrite à rechutes présentant des poussées inflammatoires coïncidant avec un épanchement intra-articulaire.

Avec une *arthrite tabétique* ; mais celle-ci évolue sans provoquer la moindre douleur et se manifeste par une augmentation du volume de l'articulation, ce qui suffit à amener le clinicien à rechercher les signes du tabes (voir *Examen clinique*, p. 50).

Avec un *ostéosarcome* de l'extrémité inférieure de la jambe ; mais la marche rapide de la néoplasie, l'intégrité longtemps conservée des surfaces articulaires, la possibilité de tous les mouvements, la non-tendance à la suppuration permettront d'éviter l'erreur.

La tumeur blanche est arrivée à la période de suppuration ; il existe des fistules. — La présence de fistules ou d'ulcérations sur le pourtour de l'articulation rend le diagnostic d'ostéoarthrite tuberculeuse facile. On peut même dire que

c'est la seule arthrite chronique tibio-tarsienne qui suppure. L'arthrite blennorrhagique dans des cas très exceptionnels peut arriver à suppuration ; mais l'absence de fongosités, la marche de l'affection, les symptômes qu'elle présente ne permettent pas la confusion. Quant à l'ostéomyélite, elle est d'abord para-articulaire et n'envahit la jointure que secondairement après s'être traduite par des symptômes qui ne prêtent pas au doute.

Seule la *synovite fongueuse* pourrait donner le change ; mais nous rappelons que, pour éviter l'erreur, il suffira de se reporter aux caractères différentiels que nous avons indiqués plus haut. L'exploration au stylet viendra encore affirmer le diagnostic, en montrant dans le cas de tumeur blanche une carie des os, une altération des surfaces articulaires, tandis que dans la synovite fongueuse l'instrument explorateur ne rencontre que des tissus mous. La luxation pathologique n'existe pas à l'articulation tibio-tarsienne, mais la disposition anatomique du tarse et du métatarse (voir *Anatomie clinique*) permet de comprendre combien l'élément tuberculeux a de facilité à gagner les petites articulations du pied ; on devra donc toujours les explorer avec soin.

Quand il existe des fistules, leur siège, leur exploration au stylet permettent de se rendre compte des os pris et des articulations atteintes ; mais lorsque la suppuration ne s'est pas fait jour à l'extérieur, la question devient plus délicate. C'est à l'aide de pressions méthodiques pratiquées sur chacun des os du tarse et du métatarse qu'on pourra, par la douleur provoquée, savoir si oui ou non il y a eu propagation de l'infection tuberculeuse. Il faudra aussi s'aider des mouvements qui ont pour but de mettre en jeu les différentes articulations partielles du pied et noter la douleur provoquée par ces mouvements. On se rappellera que pour explorer l'articulation de Lisfranc ou tarso-métatarsienne, il faudra imprimer au métatarse des mouvements alternatifs d'élevation et d'abaissement du pied ; pour explorer l'articulation médio-tarsienne ou de Chopart, il faudra, l'avant-pied étant saisi d'une main, et l'arrière-pied de l'autre, pratiquer des mouvements de rotation autour de l'axe antéro-postérieur. Enfin,

pour se rendre compte de l'état de l'articulation astragalo-calcanéenne, il faudra tour à tour porter la partie du pied en dedans et en dehors.

Il est très important de préciser, autant que possible, l'étendue des articulations atteintes, car de la connaissance aussi exacte que possible des parties malades dépend la nature de l'intervention. C'est ainsi qu'une lésion qui prendra tout le pied en travers, comme le ferait une ostéoarthrite totale de l'interligne de Lisfranc, a des conséquences beaucoup plus graves qu'une altération qui siège sur le bord externe du pied, même sur une assez grande longueur, respectant la moitié interne de l'organe. On sait, en effet, que dans ces cas une résection permet de conserver le massif interne, seul important pour la marche.

DU PIED

ANATOMIE CLINIQUE. — EXPLORATION

Le pied comprend deux régions, l'une postérieure qui a pour squelette les os du tarse et ceux du métatarse, *région tarso-métatarsienne*, l'autre antérieure formée par les *orteils*.

La région tarso-métatarsienne présente à considérer : une face supérieure ou dorsale, une face inférieure ou plantaire, deux bords, l'un externe, l'autre interne.

La *face dorsale du pied* commence là où finit le cou-de-pied, c'est-à-dire au niveau d'une ligne transversale qui relie le sommet des deux malléoles, et se termine, en avant, à la racine des orteils. Cette face dorsale, encore nommée *dos du pied*, offre une convexité très marquée en dedans, s'étendant du calcaneum à l'extrémité antérieure du premier métatarsien, tandis qu'en dehors, elle va s'inclinant et s'aplatissant vers le bord externe du pied; aussi le bord interne est-il détaché du sol et beaucoup plus élevé que l'externe qui y appuie dans toute son étendue (Richet).

Sous la peau fine, transparente, doublée d'une couche mince de tissu cellulaire lamelleux, on voit se dessiner, lorsque les muscles extenseurs des orteils, jambier et péronier antérieurs se contractent, des cordes tendineuses qui sont, en allant de dedans en dehors : celle du jambier antérieur, celle de l'extenseur propre du gros orteil, celles de l'extenseur commun, et enfin celle du péronier antérieur.

Voici maintenant une remarque très clinique que nous empruntons, textuellement, à Richet : « A la partie externe et supérieure du dos du pied, un peu en avant de la malléole, se voit une saillie allongée, dirigée en bas et en dedans et coupant obliquement les tendons du péronier antérieur et