

L'avant-pied paraît allongé et l'arrière-pied raccourci. Mais cette obliquité du trait de fracture et le déplacement qu'elle entraîne sont, nous l'avons dit, extrêmement rares.

Richet ajoute que dans le cas qu'il a observé la crépitation existait, mais qu'il a été fort étonné de ne pas voir le déplacement se reproduire, sous l'influence de la contraction musculaire, comme dans le cas où l'obliquité est inverse. « Est-ce parce que les muscles de la partie antérieure étaient contrebalancés dans leur action par ceux plus puissants de la partie postérieure, ou serait-ce plutôt que les surfaces offraient une obliquité moins favorable au déplacement ultérieur? » (Richet.)

Dans les fractures par *pénétration*, on observe un véritable éclatement de l'épiphyse inférieure du tibia.

La région inférieure de la jambe présente, dans ce cas, un gonflement considérable. Le diamètre transverse est notablement augmenté, ainsi que le diamètre antéro-postérieur. Les malléoles paraissent écartées. L'échymose, fort étendue, envahit tout le dos du pied et presque toute la jambe.

Rarement la crépitation fait défaut, car la pénétration n'est presque jamais solide et les fragments inférieurs sont presque toujours indépendants et nullement engrenés.

Tels sont les principaux symptômes dont on déduira le diagnostic. Il faut se rappeler que, dans toutes ces fractures de l'extrémité inférieure de la jambe siégeant près de l'articulation et y pénétrant souvent, la mobilité anormale est fort difficile à localiser avec netteté.

En résumé, la déformation, l'échymose, la crépitation et surtout l'examen attentif des saillies osseuses permettront le plus souvent de faire le diagnostic des fractures sus-malléolaires, et d'éviter la confusion avec les luxations du pied en arrière, quand il s'agit d'une fracture dont le trait est oblique en bas et en avant, variété la plus fréquente.

Pronostic. — Le pronostic, bénin quand l'articulation n'est pas ouverte, devient plus grave si elle est intéressée et si la fracture est comminutive. Dans ces cas, en effet, il est difficile d'obtenir une bonne réduction et de la maintenir parfaite. La restitution de la mortaise tibio-péronière ne peut être assurée et, dès lors, le fonctionnement du pied sur la jambe sera profondément troublé et la marche compromise. L'arthrite qui accompagne fréquemment ces fractures se termine, souvent, par des raideurs et des ankyloses que les traitements les mieux compris sont impuissants à faire disparaître.

Il est inutile de dire que les plaies tégumentaires, qui compliquent assez fréquemment ces fractures, aggravent singulièrement le pronostic, car elles sont très souvent infectées.

Traitement. — Le traitement présente peu d'indications spéciales que nous n'ayons déjà formulées dans l'étude des variétés précédentes. Nous dirons, seulement, que dans les cas où la réduction est difficile, on la facilitera par le relâchement des muscles de la partie postérieure de la jambe. On sait que l'attitude demi-fléchie de la jambe sur la cuisse permet d'obtenir ce résultat. L'extension continue, à l'aide de liens en caoutchouc fixés sur une bottine plâtrée, a été préconisée dans ces cas par Richet; mais, en général, l'anesthésie et l'application immédiate d'un bon appareil plâtré viennent à bout de toutes les difficultés de réduction.

Malgré tout, il est des circonstances où la réduction qui avait paru suffisante, avant l'application de l'appareil, ne se maintient pas. Il nous semble que dans ces cas, de même que dans ceux où la fracture est comminutive, avec esquilles menaçant plus ou moins les téguments, où elle est ouverte, le parti le plus sage est d'ouvrir le foyer, de régulariser les os, de pratiquer une résection typique ou atypique, selon les désordres, si l'articulation est intéressée. On aura une ankylose du pied sur la jambe à angle droit; n'est-ce point ce qu'on doit demander de mieux dans les cas graves? Bien entendu la même conduite s'applique au cas où il s'agit d'une fracture ancienne vicieusement consolidée, et la chose n'est pas rare.

FRACTURES ISOLÉES DU TIBIA

Leur étude comprend :

- 1° Les fractures de la diaphyse;
- 2° Les fractures de l'extrémité supérieure;
- 3° Les fractures de l'extrémité inférieure.

Nous étudierons, en même temps, les décollements traumatiques des épiphyses tibiales.

1° FRACTURES DE LA DIAPHYSE. — Elles sont rares; le péroné, nous l'avons vu à propos des fractures de jambe proprement dites, est presque toujours rompu en même temps, s'il s'agit d'une violence directe (pression, roue de voiture); ou secondairement, après la fracture du tibia: il est, dans ce cas, trop faible pour soutenir le poids du corps.

Quoi qu'il en soit, les fractures isolées du corps du tibia sont à peu près exclusivement produites par une *cause directe*, comme un coup de pied de cheval, un coup de bâton, un coup de pied porté avec de fortes bottes, etc. (Hamilton). C'est également l'opinion de Kœnig, qui dit aussi qu'on les observe surtout chez les enfants.

Il existe quelques exemples de *fissures* longitudinales ou spinoïdes (Bruns).

Mais il s'agit la plupart du temps de fractures complètes; « elles sont dentelées, obliques ou comminutives. J'ai dit ailleurs et je répète que les fractures en rave, décrites par les auteurs, n'ont jamais été observées. » (Malgaigne.)

Hamilton affirme que les fractures isolées de la diaphyse du tibia sont assez fréquemment transversales, ce qui est d'accord avec la règle générale d'après laquelle les violences indirectes produisent presque constamment des fractures obliques, et les violences directes, plus fréquemment des fractures transversales.

En général il n'y a pas de déplacement; le péroné, faisant office d'attelle, maintient en place les fragments tibiaux. Toutefois il peut exister. Le fragment inférieur par le fait du choc extérieur peut être enfoncé vers l'espace interosseux, le fragment supérieur qui est resté en place fait alors une légère saillie en avant ou, à la fois, en dedans et en avant.

L'intégrité du péroné empêche le chevauchement des fragments; on l'a pourtant observé dans la fracture isolée de la diaphyse tibiale: il ne saurait se produire que si les extrémités du péroné se sont luxées, complication deux fois observée par Hamilton; ou à moins qu'il ne se fléchisse et demeure incurvé. Cette flexion et cette incurvation du péroné s'étaient produites à la suite d'une

fracture incomplète de cet os, rapportée par Campaignac (*Journal hebdomadaire*, t. IV, p. 100), et dans laquelle on voit que le déplacement primitif n'avait pu être corrigé.

Quoi qu'il en soit, il est rare que les déplacements, dans la fracture qui nous occupe, entraînent une difformité sérieuse. Souvent, le contact parfait des fragments empêche la constatation de la mobilité et la crépitation; toutefois, une douleur vive sur un point limité du tibia, augmentant par la pression, un empatement dans la région où existe la douleur, permettront de soupçonner la fracture, qui pourra être à peu près affirmée si l'on trouve une dépression sur la crête tibiale, et définitivement affirmée si, en cherchant à fléchir la jambe au niveau du point fracturé, non dans le sens transversal, mais dans le sens antéro-postérieur comme le recommandent Duplay, Tillaux, on arrive à produire un peu de mobilité des fragments.

2° FRACTURES ISOLÉES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU TIBIA, FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE PROPREMENT DITE. — On désigne sous ce nom les fractures qui atteignent l'extrémité supérieure proprement dite du tibia, c'est-à-dire les parties supérieures de l'os à partir de la tubérosité antérieure (Heydenreich). Ces fractures se divisent elles-mêmes en : fractures d'un des condyles du tibia, fractures portant sur l'extrémité supérieure du tibia, dans sa totalité. On joint enfin à l'étude des fractures isolées de l'extrémité supérieure du tibia le décollement traumatique de l'épiphyse supérieure et l'arrachement de la tubérosité antérieure de cet os. Nous étudierons donc successivement :

- a. Les fractures portant sur l'extrémité supérieure du tibia dans sa totalité;
- b. Les fractures d'un des condyles;
- c. L'arrachement de la tubérosité antérieure;
- d. Le décollement traumatique de l'épiphyse supérieure.

FRACTURES PORTANT SUR L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU TIBIA DANS SA TOTALITÉ

Étiologie. Mécanisme. — Elles sont rares, beaucoup plus fréquentes chez l'homme que chez la femme (4 contre 1), et s'observent surtout dans l'âge mûr et dans la vieillesse.

Le plus souvent elles sont produites par des causes directes, mais elles résultent aussi de causes indirectes.

Dans les chutes sur les pieds d'un lieu élevé, il s'agit d'un véritable *écrasement* de l'extrémité supérieure du tibia; prise entre la résistance du sol transmise par le squelette de la jambe, et la puissance, représentée par le poids du corps et la vitesse de la chute, puissance dont l'action est transmise à l'extrémité supérieure du tibia par les condyles fémoraux.

La fracture peut-elle avoir lieu par *arrachement*? A défaut de preuves cliniques irréfutables, il faut se contenter des expériences de Bonnet et d'Heydenreich, desquelles il résulte que, chez les sujets jeunes, les mouvements forcés d'extension et de latéralité de la jambe sur la cuisse sont suivis de décollement de l'épiphyse supérieure du tibia souvent accompagné de fracture; que, chez les sujets avancés en âge ou de mauvaise constitution, les mouvements forcés d'extension et de latéralité déterminent la fracture de l'extrémité supérieure du tibia avec ou sans fracture du péroné.

Ainsi la distension des ligaments du genou chez les sujets âgés ou de mauvaise constitution, vu la friabilité des os, amène la fracture, tandis que chez l'adulte sain, il y a surtout entorse. N'y a-t-il pas là une explication suffisante de l'âge avancé auquel se produit la fracture? Le mécanisme de l'arrachement est donc fort admissible.

Anatomie pathologique. — « Les fractures que l'on rencontre, le plus souvent, à l'extrémité supérieure du tibia sont celles qui détachent de l'os toute la partie articulaire, et que nous appellerons *fractures sous-condyliennes* » (Heydenreich).

Le trait de fracture isole le plateau tibial : il peut être transversal ou dentelé, convexe par en haut, de telle sorte que les bords du fragment supérieur sont plus épais que sa partie centrale; quelquefois il est oblique et cela, surtout, de haut en bas et d'avant en arrière.

La fracture peut se borner à la séparation du plateau tibial sans que l'articulation soit intéressée.

D'autres fois, il y a division du plateau en deux fragments, dont l'un comprend le condyle externe, l'autre le condyle interne, c'est la *fracture inter-condylienne*. « Toutefois, la division du plateau tibial en fragments secondaires est loin d'affecter toujours cette régularité. Ceux-ci peuvent être nombreux et présenter des dispositions fort diverses » (Heydenreich) (fig. 250). Les fractures sous-condyliennes peuvent se compliquer de pénétration, la diaphyse s'enfoncée dans le tissu spongieux du fragment supérieur; d'autres fois encore il y a un véritable *éclatement* de l'extrémité supérieure du tibia qui est en même temps écrasée : la tête du tibia gagne en épaisseur, en même temps qu'elle se fragmente.

Dans une autre variété, dite *fracture cunéiforme*, le trait de fracture part en haut de la limite des surfaces articulaires et se dirige, très obliquement, en bas et en avant, de façon à atteindre le quart ou même le tiers supérieur de l'os. Aussi, le fragment supérieur se termine-t-il, en bas, par une pointe assez aiguë qui siège, le plus souvent, au niveau de la crête tibiale. Le trait de fracture peut aboutir en haut à la limite du plateau tibial, la fracture est alors extra-articulaire; mais il peut commencer sur le plateau lui-même, sur sa face articulaire, la fracture communique avec la jointure. Cette forme de fracture trouverait son explication dans la disposition du système osseux tibial.

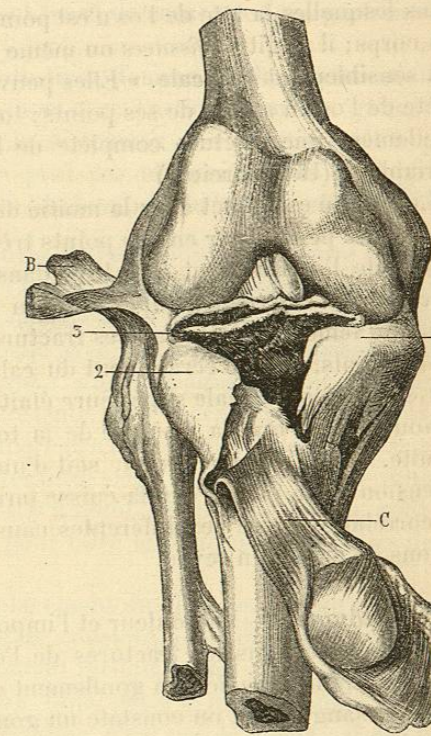


FIG. 250. — Fracture sous-condylienne du tibia avec division du fragment supérieur en plusieurs morceaux (fig. empruntée à la thèse d'Heydenreich).

B, biceps. — C, ligament rotulien. — 1, fragment comprenant un morceau du condyle interne. — 2, fragment comprenant un morceau du condyle externe. — 5, fragment principal comprenant le plateau tibial.

Au lieu de figurer un coin unique, le fragment supérieur représente quelquefois un double coin, c'est la *fracture bi-cunéiforme*. « L'un des coins comprend le condyle interne, puis diminue de volume de haut en bas pour se terminer en pointe sur la diaphyse à une assez grande distance de l'articulation; l'autre affecte la même disposition en correspondant au condyle externe. Dans ces fractures, le fragment inférieur offre la disposition d'un V renversé et l'on pourrait admettre qu'en pénétrant dans le fragment supérieur, il l'a fait éclater en deux morceaux. » (Heydenreich.)

Signalons, enfin, des fractures articulaires de l'extrémité supérieure du tibia, dans lesquelles la tête de l'os n'est point, comme dans les cas précédents, séparée du corps; il s'agit de *fissures* ou même de fractures complètes, dont la direction est sensiblement verticale. « Elles peuvent exister sans qu'il y ait division complète de l'os en aucun de ses points; toutefois elles accompagnent le plus habituellement une fracture complète de la diaphyse du tibia dont la forme est variable. » (Heydenreich.)

Le péroné est intact dans la moitié des cas; quand il est brisé, la solution de continuité peut siéger en des points très variables, surtout dans la partie supérieure de l'os qui peut être luxé dans son articulation tibiale supérieure. La fracture de l'extrémité supérieure du tibia peut encore se compliquer d'une luxation fémoro-tibiale, d'autres fractures, siégeant soit sur le tibia, soit sur des os différents, enfin d'écrasement du calcanéum observé plusieurs fois dans les cas où la lésion tibiale supérieure était due à une chute sur les pieds.

Nous savons que la fracture de la totalité de l'extrémité supérieure du tibia résulte, soit d'un choc direct, soit d'une chute sur les pieds, soit d'une hyper-extension de la jambe sur la cuisse (arrachement); il ne semble pas qu'il y ait de corrélation entre ces différentes causes et les variétés anatomiques que nous venons de passer en revue.

Symptômes. — La douleur et l'impotence du membre existent presque toujours. Comme dans les fractures de l'extrémité supérieure des deux os de la jambe, on rencontre, ici, un gonflement considérable dû à l'abondance de l'épanchement sanguin, et on constate un gonflement du genou qui est le plus souvent dû à une hémarthrose. L'ecchymose, très étendue, apparaît plus ou moins rapidement, les phlyctènes se montrent dans quelques cas. La mobilité anormale qui manque quelquefois est, en général, facile à constater. Ces symptômes n'ont en somme rien de spécial et ne peuvent conduire au diagnostic de la variété de la fracture.

La déformation du membre peut manquer; mais, en général, on rencontre une dépression à peu de distance au-dessous de la rotule; en même temps, la jambe, dans sa totalité, est reportée en arrière tout en restant parallèle à la cuisse, le genou paraît plus saillant qu'à l'état normal. Le fragment supérieur est entraîné en arrière, dans la flexion, par le demi-membraneux et l'expansion du biceps; le fragment inférieur n'abandonne pas le supérieur, il est attiré en haut par les muscles de la cuisse, mais reste parallèle au fémur. Le fémur et les deux fragments représentent en somme une ligne brisée. « Il est des cas où la déformation que nous signalons est augmentée par la flexion et diminuée par l'extension de la jambe. Plus souvent, au contraire, c'est par la flexion qu'on parvient à la faire disparaître, tandis que l'extension l'exagère et empêche la réduction. » (Heydenreich.)

Follin signale la possibilité de la saillie du fragment supérieur en avant. On constate parfois l'élargissement de l'extrémité supérieure du tibia, ce qui est un bon signe d'écrasement, d'éclatement du fragment supérieur.

Il n'y a pas de chevauchement, à cause de l'étendue des surfaces fracturées, mais on observe des déviations du tibia, soit en arrière, soit sur les côtés, et la jambe se met, assez fréquemment, dans la rotation en dehors.

est quelquefois possible de sentir une saillie pointue au-dessus de la tubérosité antérieure du tibia; on doit, dans ces cas, penser à une fracture cunéiforme, qui d'ailleurs n'a pas de symptômes spéciaux.

Les fissures, les fractures verticales n'ont point de caractères qui puissent les faire reconnaître.

Les fractures de l'extrémité supérieure du tibia, dans sa totalité, peuvent s'accompagner de plaies communiquant ou non avec l'articulation, de gangrène due à la violence du traumatisme et à la distension des parties molles par l'épanchement sanguin, de gangrène du pied par oblitération de la poplitée (Duplay), d'arthrite plastique ou purulente, de luxation du genou, etc.

Diagnostic. — Le diagnostic des fractures de l'extrémité supérieure du tibia est souvent des plus difficiles, la douleur, le gonflement s'opposant aux constatations nécessaires. Quand il n'y a pas de déplacement ou bien quand il s'agit de fissures, de fractures verticales, le diagnostic avec la contusion est presque toujours impossible. L'*entorse grave du genou* s'accompagne, le plus souvent, d'épanchement articulaire, mais elle ne présente pas l'énorme gonflement qu'on rencontre dans la fracture, à la partie supérieure de la jambe. On constate que la mobilité anormale (mouvements de latéralité) siége au niveau de l'interligne articulaire et, tandis qu'on la produit, il n'y a point de crépitation. Ce sont là des signes suffisants, nous semble-t-il, pour faire le diagnostic entre les deux affections.

Dans le cas le plus fréquent, il y a déplacement du tibia en arrière et dépression au-dessous de la rotule, c'est ce qu'on constate aussi dans la luxation du tibia en arrière. Dans la luxation, on reconnaît facilement les condyles fémoraux en avant, on constate la saillie du plateau tibial dans le creux poplitée, il n'y a pas de crépitation, le siège de la déformation n'est pas le même; il est plus élevé dans la luxation qui peut compliquer la fracture, ce qui rend le diagnostic encore plus épineux.

Une dépression sous-rotulienne devra faire penser à une fracture sous-condylienne à trait plus ou moins transversal; un élargissement de l'extrémité supérieure du tibia, à un écrasement, un éclatement de l'épiphyse; une saillie plus ou moins accusée, pointue, dépassant en bas la tubérosité antérieure, à une fracture cunéiforme; mais ce sont là des caractères bien peu précis pour permettre un diagnostic exact.

Pronostic. — Si l'on s'en rapporte aux chiffres d'Heydenreich, le pronostic des fractures de l'extrémité supérieure du tibia en totalité est singulièrement grave, puisque sur 20 cas où la terminaison est notée, il y a eu 10 morts et 5 amputations; il s'agissait, il est vrai, de cas accompagnés d'autres lésions (fractures multiples du tibia, fractures siégeant sur d'autres os), mais malgré tout, en les éliminant, les cas heureux et malheureux se balancent à peu près. Il faut peut-être en rappeler de ce pronostic si sombre, aujourd'hui que nous sommes mieux armés pour combattre les complications.

Même si le malade leur échappe, l'arthrite est là, fatale, qui laissera des raideurs, voire même une ankylose, cela malgré une bonne consolidation osseuse.

Traitement. — Le traitement doit varier avec les cas en présence desquels on se trouve.

S'agit-il d'une fracture sans déplacement : ce qu'il faut combattre avant tout, c'est l'épanchement sanguin. Pas d'appareil, gouttière en fil de fer ; s'il n'y a pas d'excoriations, de blessure de la peau, massage modéré pour hâter la résorption de l'épanchement, et si les fragments n'ont point de tendance à s'abandonner, mouvements provoqués de l'articulation du genou pour prévenir la raideur. Ce sont des fractures qui, à notre avis, ne doivent être immobilisées rigoureusement que pendant quelques jours.

S'agit-il au contraire d'une fracture avec déplacement qui se réduit dans l'extension : quand le gonflement aura disparu, application d'un appareil plâtré dans la rectitude ; on le supprimera définitivement dès que la consolidation paraîtra suffisante, afin de s'occuper, au plus vite, de la raideur du genou, qui est ici la chose la plus importante. Certaines fractures ne guérissent qu'avec une ankylose complète du genou ; qu'importe ! c'est encore un bon résultat si le membre est dans la rectitude.

Si la fracture ne peut se réduire que par la flexion, peut-être pourra-t-on l'employer, pourvu que, de bonne heure, on fasse faire des mouvements au genou ; mais si, malgré les soins pris, il y avait ankylose, le résultat serait désastreux, et nous sommes en droit de nous demander si, en pareil cas, il n'y aurait pas avantage à pratiquer, d'emblée, une régularisation du foyer, afin d'avoir un membre rectiligne ou avec une jambe très légèrement fléchie sur la cuisse, ce qui serait bien préférable à une ankylose angulaire.

FRACTURE D'UN DES CONDYLES DU TIBIA

Étiologie. Mécanisme. — La fracture d'un seul des condyles du tibia est extrêmement rare ; Heydenreich, dans sa thèse en 1877, ne pouvait en réunir que 4 cas. Hamilton les signale sans s'y arrêter. Trois fois sur quatre dans les observations d'Heydenreich, il s'agit du condyle externe, 1 fois du condyle interne. Depuis, Tédénat, dans la thèse de Monteils (Montpellier, 1881), a rapporté 1 cas de fracture du condyle externe. La fracture unicondylienne s'observe chez les hommes et à un âge avancé : quarante, quarante-deux, soixante-huit ans, dans les observations publiées avec quelques détails.

Elle semble due, généralement, à une *cause directe*. Toutefois, Follin admet, dans une observation publiée dans la thèse de Marie (Paris, 1867), que la fracture du condyle externe, dont il donne la relation, est due au mécanisme de l'arrachement, ce que conteste Heydenreich d'après l'observation même : il croit à une fracture de cause directe. Tédénat, dans le cas déjà cité, pense aussi à un arrachement du condyle externe. Cet arrachement est bien difficile à comprendre, puisque le plateau tibial, en dehors, ne donne point insertion à des ligaments puissants, capables par leur traction de rompre un os comme le tibia.

Anatomie pathologique. — « Nous avons peu de chose à dire des variétés que l'on a observées. Tantôt le trait de fracture est longitudinal, tantôt l'on

remarque, sur le fragment articulaire, une tendance à la disposition infundibuliforme, tandis que le fragment diaphysaire représente un cône. » (Heydenreich.) Il n'est pas possible d'en dire plus après la lecture des observations ; c'est bien peu, voilà une fracture qui certes appelle de nouvelles recherches.

L'un de nous (1) a publié une observation d'enfoncement tibial, avec fissure probable pénétrant dans l'articulation, il s'agissait du condyle interne. La clinique nous a permis de penser qu'il en était ainsi, mais il n'y a là qu'une hypothèse, fort admissible, croyons-nous. Le malade a parfaitement guéri sans raideur articulaire après quelques massages, et cela suffit à ne point nous faire regretter l'absence de la vérification anatomique.

Dans ce cas, pour poser le diagnostic, nous nous étions appuyés sur une dépression siégeant sur la face interne du tibia, véritable fracture par enfoncement, et sur la douleur très limitée suivant une ligne étroite qui nous menait à l'interligne articulaire, et aussi sur la présence d'une hémarthrose que le siège trop bas du traumatisme (coup de pied de cheval, un des bords du sabot seulement semblait avoir porté) ne nous semblait pouvoir expliquer, l'articulation n'ayant pas été atteinte.

Symptômes et diagnostic. — Il s'agissait, en somme, d'une fracture incomplète ; dans la fracture complète, outre le gonflement, l'ecchymose au niveau du point fracturé, l'hémarthrose du genou, on constate, par la palpation, l'existence d'un corps dur et mobile, occupant la place d'un des condyles et donnant lieu à de la crépitation, quand on le mobilise. En le maintenant dans une certaine position, on pourrait quelquefois sentir la perte de substance du tibia (Follin) ; il faut, nous semble-t-il, que le gonflement soit bien médiocre, ce qui n'est pas la règle, l'épanchement est au contraire très abondant, comme dans toutes les fractures qui intéressent l'extrémité supérieure du tibia.

Bœckel a signalé la déviation de la jambe en dehors (fracture du condyle externe), simulant un *genu valgum*, et Lossen, dans la fracture du condyle interne, a signalé une déviation de la jambe en dedans, simulant un *genu varum* (Rieffel).

Pronostic. — Le pronostic paraît favorable, le temps de la guérison, noté dans une seule observation, est de douze semaines. Mais il ne faut pas oublier que la fracture unicondylienne a toujours été intra-articulaire, aussi les raideurs du genou sont-elles fatales. C'est au massage et à l'hydrothérapie à les guérir.

Traitement. — Quant à l'attitude qu'il faut donner au membre, dans l'appareil qui doit le maintenir, pour permettre la consolidation, ce sera l'extension, et peut-être de préférence la demi-flexion (Heydenreich), qui permettra d'éviter, avec plus de chances, la raideur articulaire. En tout cas on imprimera de bonne heure des mouvements au genou. En somme, ici, la fracture est intra-articulaire et nous croyons devoir rapporter l'opinion de M. Lucas-Championnière au sujet du traitement qui lui convient : « Il n'est pas inopportun de remarquer que, contrairement à l'opinion exprimée par les auteurs et recommandant pour elle (la fracture articulaire de la partie supérieure du tibia) une immobilisation plus parfaite que pour les autres, ce serait une des fractures qui réclament le plus manifestement le massage. C'est une fracture dont il faut bannir l'immobilisation, qui visait beaucoup plus les complications inflammatoires de l'articula-

(1) DEMOULIN, *Arch. génér. de méd.*, 1894, t. II, p. 759.