

FRACTURES DES MÉTATASIENS

Article *PIED* des *Dictionnaires*. — Classiques. — BLUM, Chirurgie du pied. — P. THIÉRY, Valeur séméiologique de l'ecchymose dans les fractures des métatarsiens. Société anatom., 1888. *Gazette méd.*, 1889.

Peu étudiée, par la plupart des auteurs classiques, cette variété de fracture a été regardée longtemps comme rare. Malgaigne fait remarquer que dans une pratique de onze ans à l'Hôtel-Dieu, il n'a pu en observer plus de 3 ou 4 cas. Déjà Delorme les croit moins rares que ne le disait Malgaigne, et nos observations, d'accord avec les siennes, tendent à prouver que, sans être d'une extrême fréquence, ces fractures ne doivent pas être considérées comme rares.

Étiologie. — Mécanisme. — Elles reconnaissent des causes multiples. Tantôt elles sont de *cause directe* : chute d'un corps pesant, passage d'une roue de voiture, pression d'un étrier; elles peuvent exister encore comme complication des luxations du métatarse et du premier orteil.

Intimement liées aux traumatismes du pied par écrasement, elles sont souvent compliquées de plaies contuses des téguments, communiquant avec le foyer de la fracture; elles sont fréquemment comminutives.

Dans des cas rares, ce sont de véritables *fractures indirectes* : c'est ainsi que Laugier cite un cas de fracture du 5^e métatarsien par arrachement, et que des observations assez nombreuses attestent la possibilité de la production de ces fractures, à l'occasion d'une chute sur les pieds. Peut-être même pourrait-on assimiler les métatarsiens aux autres os, dont la fracture se produit non pas directement au point contus, mais au point où l'effort tend à redresser les courbures de l'os.

Anatomie pathologique. — De tous les métatarsiens, dit Malgaigne, le 1^{er} et le 5^e se fracturent le plus souvent. Il peut y avoir, suivant la cause, plaie ou intégrité des téguments; il y a presque toujours contusion. La fracture est souvent comminutive (écrasement du pied); elle peut affecter un ou plusieurs métatarsiens.

Elle siège, ordinairement, à la partie moyenne de la diaphyse (Delorme); nous croyons volontiers qu'elle siège souvent à l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen. Dentelée ou transversale, quelquefois oblique en avant, si elle est simple, elle présente souvent des fragments taillés en biseau, si elle est comminutive. Kronlein cite un cas de fracture longitudinale incomplète.

Le déplacement est insignifiant si un seul métatarsien est fracturé; d'autres fois le fragment antérieur fait à la région dorsale du pied, plus rarement à la région plantaire (Malgaigne), une saillie difficile à corriger. Exceptionnellement on a vu le fragment postérieur proéminer sous la peau de la face dorsale du pied ou vers sa plante (Hamilton). On peut, enfin, observer les lésions de la luxation que complique la fracture, et Poulet cite un cas de luxation du deuxième métatarsien qui s'est accompagnée de fracture de la tête de l'os. Il faut noter aussi comme possible (1 cas) l'arrachement de la base du 5^e métatarsien par le tendon du court péronier latéral observé dans un cas de luxation de l'avant-pied.

Quelques auteurs ont proposé la classification de ces variétés en diaphysaire, épiphysaire, simple, comminutive, en bec de flûte, avec ou sans plaie.

Signes. — Si tant d'auteurs ont regardé les fractures de métatarsiens comme rares, c'est assurément parce qu'ils les ont confondues avec de simples contusions du pied. Dans de nombreux cas, en effet, les signes sont presque nuls, et il faut attendre la disparition du gonflement, avant de se prononcer.

Au premier rang des symptômes nous trouvons la *douleur* à la pression, ordinairement bien localisée au lieu de la fracture, presque toujours vive et nette; on peut même, ainsi que le faisait Verneuil, la réveiller par la pression à distance, principalement en refoulant d'avant en arrière les orteils correspondant aux métatarsiens fracturés.

Le malade accuse lui-même cette douleur qui rend la marche impossible : l'appui du pied ne peut se faire que sur le talon, et, dans cette attitude, la marche devient possible (Thiéry).

Des autres signes de fracture, il y en a peu qui aient une réelle valeur, parce qu'ils sont inconstants et masqués par le gonflement, ordinairement considérable, du pied. On devra chercher l'*ecchymose*, la *mobilité anormale*, la *crépitation* qui manquera le plus souvent, sauf pour le 1^{er} et le 5^e métatarsiens.

Le *déplacement* est souvent nul, les métatarsiens voisins faisant attelle ou le déplacement des fragments étant corrigé par les muscles interosseux.

Dans des cas plus rares, on pourra sentir, principalement à la face dorsale du pied, une *saillie* réductible avec crépitation osseuse. Tous ces signes ont une valeur relative et ne servent bien souvent, sauf la crépitation, qu'à faire soupçonner une fracture des os du métatarse.

Il n'en serait pas de même de l'*ecchymose*, sur laquelle Thiéry a récemment appelé l'attention : pour lui, en effet, il faut distinguer, dans cette variété de fracture, plusieurs points nettement ecchymosés :

1^o Une ecchymose sous-malléolaire externe et une ecchymose sous-malléolaire interne (celle-ci peu ou pas accusée), qui indiquent un traumatisme violent, sans être caractéristiques de la fracture des métatarsiens;

2^o Une ecchymose dorsale du pied, *précoce*, qui indique la contusion ordinairement violente du pied et se joint au gonflement qu'on observe à ce niveau;

3^o Une ecchymose *spéciale*, *signe pathognomonique* de la fracture des métatarsiens, qui apparaît *tardivement*, de vingt-quatre à quarante-huit heures après l'accident, toujours plus tard que l'ecchymose dorsale, et qui devient principalement apparente dans les plis interdigitaux, sous forme de languettes violacées qui remontent le long du flanc de l'orteil dont le métatarsien est intéressé et des deux métatarsiens voisins; elle apparaît et disparaît après l'ecchymose dorsale du pied; elle permettrait d'affirmer non seulement la fracture du métatarsien, mais peut-être le nombre et le siège des os intéressés : elle offre la teinte violette alors que l'ecchymose dorsale est déjà jaunâtre; l'ecchymose interdigitale est d'origine profonde, puisqu'elle apparaît tardivement et qu'elle se produit indépendamment de toute contusion directe des phalanges;

4^o Une ecchymose plantaire, sous forme de bande oblique, parallèle à la direction du tendon du long péronier latéral.

Diagnostic. — Le diagnostic, facile dans certains cas (Blum), peut dans d'autres n'être possible que lorsque le gonflement a disparu (Delorme). On devra faire intervenir, dans sa discussion, l'étude de la localisation de la douleur, de l'époque d'apparition, de l'aspect de l'ecchymose. Celle-ci pourra même indiquer, dans une certaine mesure, quel est l'os fracturé.

On confondra, le plus souvent, la fracture avec une *contusion* simple du pied accompagnée de gonflement considérable; dans ce cas la diffusion de la douleur, la marche de la maladie et l'absence de l'ecchymose caractéristique suffiront souvent à établir le diagnostic.

Delorme cite un cas où la fracture a pu être confondue avec une *luxation tarso-métatarsienne*, mais il fait remarquer que la saillie d'un fragment de métatarsien n'a point le siège juxta-articulaire et la forme régulière d'une extrémité métatarsienne luxée.

Dans les grands traumatismes du pied, on ne pourra méconnaître une fracture comminutive ou une fracture compliquée de plaie des parties molles.

Pronostic. — Il n'est pas grave dans un grand nombre de cas, surtout lorsqu'il n'y a pas de déplacement considérable et de saillie plantaire ou dorsale des fragments. Mais il peut y avoir, lorsque ce déplacement existe, une difformité telle, qu'elle gêne considérablement la marche ou nécessite le port de chaussures spéciales.

Le pronostic des fractures esquilleuses doit être réservé au point de vue des fonctions de l'avant-pied, enfin on doit penser à la formation possible d'un cal volumineux, ou à la coexistence de complications au nombre desquelles nous citerons surtout la luxation de l'os, le déplacement considérable des fragments et les plaies des téguments, ordinairement septiques, qui exposent le malade à tous les dangers d'un phlegmon grave.

Traitement. — Dans les cas les plus simples, lorsqu'il y a fracture non compliquée d'un métatarsien, sans déplacement, le traitement se borne au repos et aux applications résolutive; les métatarsiens voisins font office d'attelle, et les muscles interosseux de coussins.

Dans le cas où plusieurs métatarsiens voisins sont fracturés, l'immobilisation dans une gouttière, un appareil ouaté compressif, une semelle plâtrée, seront suffisants.

S'il y a déplacement sans plaie, il faut corriger ce déplacement, et pour y parvenir, appliquer soit une gouttière métallique spéciale (Delorme), soit une attelle plantaire avec deux tampons ouatés, dorsal et plantaire, qui repousseront, en sens inverse, les fragments déplacés.

S'il y a fracture compliquée ou déplacement incoercible (Bouilly), il ne faut pas hésiter à corriger la saillie à l'aide d'incisions ou de résections des fragments.

Pour les cas les plus simples, un repos de quinze à vingt jours dans un appareil ouaté compressif permettra au cal de s'organiser et au malade de reprendre rapidement ses occupations.

FRACTURES DES PHALANGES DES ORTEILS

Bien que fréquentes, les fractures des phalanges des orteils n'ont été que peu étudiées. Elles s'observent surtout à l'état de fractures compliquées, et sont souvent alors comminutives. Les fractures fermées sont rares, sauf pour la première phalange du gros orteil. Son volume, sa situation découverte, la rendent facilement accessible aux traumatismes; mais, peut-être, sa fréquence relative n'est-elle qu'une illusion, en ce sens que les fractures des autres phalanges,

à cause du petit volume de ces dernières, échappent à nos moyens d'investigation.

La chute d'un corps pesant, le passage d'une roue de voiture, sont la cause ordinaire de ces fractures; les écrasements du pied par une meule, un laminoir, donnent ordinairement le contingent des fractures comminutives ou esquilleuses avec plaie. Souvent les articulations sont ouvertes, ce qui est facile à expliquer si l'on songe à l'étendue minime des diaphyses osseuses qui les séparent. Il s'agit ici de fractures de cause directe.

Les fractures des phalanges des orteils de cause indirecte sont extrêmement rares. Poulet n'a pu en relever que trois exemples « un malade d'Hœbecke s'était frappé le bout du pied droit contre un poêle ».... Gascoyen a signalé un décollement de l'épiphyse de la première phalange du gros orteil; il dut faire la ténotomie du tendon long extenseur propre (Poulet et Ricard, t. III, p. 1159). Kronlein enfin a cité des cas de *fractures longitudinales* des phalanges (Rieffel).

Signes et Diagnostic. — Dans les délabrements considérables (Malgaigne), les fragments osseux peuvent apparaître au fond de la plaie, parfois être réduits en une sorte de pulpe osseuse.

Dans les cas, plus rares, où il s'agit d'une fracture fermée, on peut, surtout s'il s'agit des fractures des premières phalanges et, en particulier, de la première phalange du gros orteil, être assez heureux pour reconnaître un point où la douleur, très vive à la pression, la mobilité anormale et la crépitation qui résulte de sa recherche, permettent d'affirmer le diagnostic. Mais il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi; il n'est guère facile de constater la mobilité anormale sur des os aussi petits que les phalanges des orteils, aussi difficiles à saisir; il n'est pas rare d'ailleurs de trouver, chez certains sujets, une certaine mobilité latérale des phalanges des orteils non fracturées, et ces mouvements anormaux s'accompagnent quelquefois de frottements assez analogues à la crépitation; voilà deux causes d'erreur qui devront faire réfléchir le clinicien avant d'affirmer la fracture.

Il ne nous paraît guère possible de confondre les fractures des phalanges avec les luxations métatarso-phalangiennes de ces os, s'il s'agit d'une fracture des premières phalanges; ou avec les luxations des phalanges, qui toutes deux sont extrêmement rares et s'accompagnent de déformations caractéristiques qui n'existent pas dans les solutions de continuité des os qui entrent dans la composition des orteils.

Pronostic. — Le pronostic est sans gravité dans les fractures fermées, dans les fractures ouvertes il en est de même si la plaie n'est pas infectée. Le pronostic se tire d'ailleurs du traitement employé après l'accident.

Traitement. — Il nous paraît évident que s'il y a un véritable broiement des orteils, il vaut mieux faire une régularisation immédiate de la lésion que de tenter la conservation à outrance; on s'exposerait à avoir des orteils parfois difformes, recouverts, en tout cas, de tissu cicatriciel qui supporte mal la pression des chaussures et qui, en s'ulcérant, pourrait, comme la difformité, rendre la marche impossible. Mais, si les orteils ne sont pas véritablement broyés, il faut, après une désinfection rigoureuse de la plaie, chercher à les conserver par un traitement approprié. Qu'il s'agisse de fractures simples ou compliquées, la