

Les douleurs affectent le caractère d'irradiations suivant la zone de distribution du nerf; bien qu'elles existent d'une manière continue, elles revêtent parfois la forme de crises qui peuvent être réveillées par la pression. Les douleurs ne sont pas toujours limitées au bout périphérique du nerf; elles affectent parfois la direction centripète, traduisant ainsi l'existence d'une névrite ascendante. Aux douleurs sont fréquemment associés les troubles de la sensibilité et du mouvement; ceux-ci consistent, soit dans une exaltation, soit dans une abolition des fonctions; aussi rencontre-t-on, tantôt de l'hyperesthésie et des crampes douloureuses, tantôt de l'anesthésie et une limitation plus ou moins complète des mouvements.

A ces différents symptômes, il faut joindre les troubles trophiques, éruptions cutanées, ulcérations, atrophie musculaire, qui ne sont jamais plus marqués que dans les cas de névrite.

Le diagnostic a une grande importance, car il conduira parfois à enlever le corps étranger, à supprimer la cause de compression qui entretient la névralgie.

Nous n'avons pas à indiquer ici les différents médicaments qui peuvent être mis en œuvre dans la cure des névralgies traumatiques. Disons seulement que, si ces médicaments ont échoué, s'il n'existe d'autre part aucune lésion matérielle, cal osseux, corps étranger, bride cicatricielle, qu'on puisse supprimer, on trouvera dans l'élongation nerveuse un moyen chirurgical, qui a fait aujourd'hui ses preuves et qui pourra donner d'excellents résultats.

ARTICLE II

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU MEMBRE INFÉRIEUR

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU PIED

Les lésions traumatiques du pied n'ont ni la fréquence, ni la gravité, au point de vue fonctionnel, que présentent les lésions semblables de la main et des doigts. C'est surtout à la région plantaire que se montrent les plaies par instruments piquants; ceux-ci s'introduisent, en effet, dans les tissus chez les sujets qui marchent pieds nus. Dans les mêmes conditions, on voit se produire les plaies par instruments tranchants, par exemple, lorsqu'un malade marche sur un débris de verre, une pierre coupante, etc. Les différents instruments tranchants maniés par les ouvriers peuvent également donner naissance à des plaies de la région dorsale du pied. Qu'il s'agisse d'une plaie par instrument piquant ou tranchant, souvent elle est compliquée de la présence d'un corps étranger, aiguille, fragment de verre. Ici, comme à la main, la règle est de ne procéder à l'extraction du corps étranger que lorsqu'on le sent manifestement; d'une part, en effet, ces divers corps étrangers peuvent rester pendant très longtemps enkystés dans les tissus, sans donner naissance aux moindres accidents. D'autre part, la recherche d'un corps étranger entreprise à l'aveugle peut causer de graves délabrements, et même échouer complètement. Aujourd'hui

l'emploi des rayons Roentgen viendra naturellement faciliter beaucoup les recherches.

Les plaies contuses résultent assez fréquemment du passage d'une roue de voiture, de l'action des diverses machines qu'emploie l'industrie. La contusion présente ceci de particulier à la région pédieuse que si, du côté de la face dorsale, elle donne naissance à un gonflement et à une ecchymose souvent très prononcés, à la face plantaire, au contraire, vu la densité et l'épaisseur des tissus, l'ecchymose et le gonflement sont très lents à se manifester. Pour les mêmes raisons, la contusion de la région plantaire est extrêmement douloureuse. Les plaies par arrachement sont beaucoup plus rares au pied qu'à la main; les plaies par armes à feu sont, au contraire, extrêmement fréquentes. Elles s'accompagnent souvent de lésions des nerfs et des vaisseaux, de larges délabrements du côté des os et des articulations et de la présence de corps étrangers.

Nous devons mentionner d'une manière toute spéciale les excoirations produites par la chaussure et qui deviennent si souvent la cause de lymphangites. Souvent aussi elles entraînent l'ouverture de bourses séreuses accidentelles, de celle, en particulier, qui s'observe au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, et ainsi elles ouvrent la porte à de graves accidents.

Les principes de traitement sont les mêmes qu'à la main. Ici encore, la conservation doit être poussée aussi loin que possible.

En cas d'hémorragie, il faut, si faire se peut, pratiquer la ligature des deux bouts artériels dans la plaie, en ayant recours, au besoin, au débridement des parties molles. En ce qui concerne la pédieuse superficiellement placée, cette règle ne présente pas de difficultés d'exécution. Mais il n'en est pas de même pour les artères plantaires profondément cachées sous la voûte du tarse et dont la ligature peut être fort malaisée. M. Delorme a tenté d'établir, sur des données anatomiques précises, les règles qui permettent la recherche de ces vaisseaux⁽¹⁾. La région plantaire est, comme on sait, divisée en trois loges par les cloisons aponévrotiques interne et externe. La cloison intermusculaire externe suit la direction d'une ligne, qui, partant du milieu du talon, aboutit à l'espace interdigital situé entre le troisième et le quatrième orteil. La cloison intermusculaire interne répond à une ligne qui, partant de l'union du quart interne avec les trois quarts externes du talon, vient aboutir à l'espace interdigital séparant le premier du deuxième orteil.

Le point de bifurcation de la tibia postérieure est situé à la rencontre d'une ligne passant par le bord postérieur de la malléole interne, et d'une ligne reliant le tubercule du scaphoïde au bord inférieur du tubercule calcanéen. Une ligne allant de ce point à la base de l'apophyse postérieure du cinquième métatarsien marque le trajet de la première portion, oblique ou calcanéenne, de l'artère plantaire externe. La seconde portion suit la cloison intermusculaire externe. Enfin, dans sa troisième portion, ou portion métatarsienne, l'artère plantaire externe suit approximativement le trajet d'une ligne allant de l'extrémité postérieure du 5^e métatarsien à la partie la plus interne du pli plantaire du gros orteil.

La plantaire interne suit la cloison intermusculaire interne jusqu'au tuber-

⁽¹⁾ Art. PIED du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXVII, p. 585.

cule du scaphoïde. La branche externe continue la direction de cette ligne, tandis que sa branche interne décrit une *S* allongée jusqu'à la saillie sous-métatarsienne du gros orteil.

Quelque précision que ces données apportent dans la recherche des artères plantaires, leur ligature dans la plaie même ne sera pas toujours possible, et force sera bien de recourir, en pareil cas, soit au tamponnement, soit à la ligature à distance, qui devra porter à la fois sur l'extrémité intérieure de la tibiale postérieure et sur l'artère pédieuse, pour éviter les hémorragies secondaires. Toutefois MM. Paulet et Chauvel pensent qu'avant d'en venir à ces ligatures multiples il convient d'essayer le tamponnement, combiné avec la compression, des artères pédieuse et tibiale postérieure. Si ces différents procédés échouent, et qu'on se trouve en présence d'hémorragies secondaires répétées, la ligature de l'artère fémorale elle-même s'impose au chirurgien comme une dernière ressource.

Contusion chronique du talon. — Sous cette dénomination M. Desprès a décrit les phénomènes douloureux qui s'observent au niveau du talon, chez des personnes que leur position oblige à se tenir longtemps debout. Sur 16 malades observés par lui, il y avait quatre gardiens de la paix, 2 repasseuses, 1 cuisinière, 1 typographe, 1 garçon épicier, 2 soldats.

La lésion anatomique répondant à ces phénomènes douloureux consisterait dans l'atrophie du coussinet adipeux épais situé au niveau des tubérosités du calcaneum.

La douleur est comparée à la sensation causée par la compression de la chaussure; c'est une sensation de chaleur et même de brûlure. La douleur est uni- ou bilatérale, elle est calmée par le repos; mais la marche la réveille. L'examen du talon ne révèle rien de particulier; ni gonflement, ni rougeur; la pression exercée au niveau des tubérosités du calcaneum cause une vive douleur.

Comme causes prédisposantes, M. Desprès signale un pied cambré, un pied petit possédant un peu fine, des sueurs abondantes; comme causes déterminantes, une chaussure peu épaisse, une marche prolongée sur un pavé inégal. L'auteur fait remarquer également que le pied droit est le plus souvent atteint, parce qu'on fait porter de préférence le poids du corps sur le membre inférieur droit.

Quant au diagnostic, l'inflammation de la bourse séreuse sous-calcanéenne s'accompagne habituellement de rougeur et de gonflement. Les douleurs rhumatismales présentent des intermittences qui sont en rapport avec les variations de la température. Cependant, sur 8 malades atteints de contusion chronique du talon, 5 ont accusé des antécédents rhumatismaux.

Cette affection est susceptible de guérison, mais sujette à récidiver; aussi les malades sont-ils quelquefois obligés de changer de profession. Ils devront porter des chaussures spéciales, présentant au niveau du talon un coussinet élastique, destiné à combattre les fâcheux effets de la pression trop longtemps prolongée. M. Desprès a obtenu un bon résultat d'une semelle métallique, moulée sur la plante du pied et disséminant le poids du corps sur toute l'étendue de la surface plantaire.

II

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU COU-DE-PIED

1° Plaies du tendon d'Achille. — Les divers instruments tranchants, faux, faucilles, herminettes, ont pu produire des sections complètes ou incomplètes du tendon d'Achille; des fragments de verre ont été quelquefois aussi l'origine de cette lésion; beaucoup plus rarement, des balles, des éclats d'obus ont amené la division du tendon d'Achille.

Quelquefois on peut, à travers les lèvres de la plaie béante, voir faire saillie les extrémités du tendon rompu; si la plaie est petite, on sent en dessous de la peau les deux bouts du tendon écartés l'un de l'autre, et, dans leur intervalle, une dépression profonde. Le siège de la plaie, la gêne de la marche, et, en particulier, la gêne des mouvements d'extension du pied sur la jambe achèvent de fixer le diagnostic. Si la gaine tendineuse a été sectionnée dans toute son épaisseur, si surtout des phénomènes suppuratifs sont survenus, la cicatrisation du tendon peut faire défaut. Le bout supérieur contracte alors des adhérences avec la peau, et le malade reste définitivement impotent. A l'heure actuelle, nous n'avons plus besoin de discuter l'opportunité de la suture du tendon d'Achille en pareil cas; il est bien évident que cette suture s'impose. Elle a donné de bons résultats à Pauly; même dans les cas où elle a été faite plus ou moins longtemps après l'accident (Annandale, Syme), elle a pu réussir. Pour nous, nous avons eu une fois l'occasion de pratiquer cette suture, à l'hôpital Necker, sur un malade qui s'était coupé le tendon d'Achille gauche, en tombant à travers un vitrage. Bien que la plaie datât déjà de plusieurs jours, et qu'il y eût eu de la suppuration, néanmoins le résultat définitif fut satisfaisant.

2° Rupture du tendon d'Achille. — La rupture du tendon d'Achille est mentionnée pour la première fois par Ambroisé Paré⁽¹⁾, qui la signale comme un accident qui peut « advenir au gros tendon du talon ». Un siècle et demi plus tard, en 1722, J.-L. Petit, dans une communication à l'Académie des sciences, donne la description de la rupture du tendon d'Achille, sans citer toutefois A. Paré. Il rapporte l'observation d'un sauteur de profession nommé Cochois qui, en sautant de bas en haut sur une table de 5 pieds 1/2 de hauteur, se rompit à la fois les deux tendons. Depuis lors, tous les auteurs ont parlé de la rupture du tendon d'Achille; on a même admis des ruptures incomplètes de ce tendon, bien que cette description ne repose sur aucune preuve. La rupture se produit, soit dans une chute sur la pointe du pied étendu, soit dans une violente contraction musculaire, dans le saut, par exemple. L'accident est marqué par une douleur vive; souvent aussi, il s'accompagne d'une sensation particulière de craquement qu'on a comparée à un coup de fouet. Le blessé tombe, et il ne peut marcher qu'en traînant la jambe étendue. Au niveau du point où siège la rupture, on sent une dépression qui marque l'écartement existant entre les deux extrémités du tendon rompu. Cet écartement augmente dans les mouvements de flexion du pied sur la jambe; il diminue au contraire, pendant l'extension. Au bout de quelques jours apparaissent le gonflement et l'ecchymose qui se diffusent dans les parties voisines.

⁽¹⁾ A. PARÉ, *Édition Malgaigne*, t. II, p. 110.

Généralement, la rupture se produit à 4 ou 5 centimètres au-dessus du calcaneum, dans le point où le tendon est le plus étroit. C'est là où siège le maximum de la douleur et du gonflement, ce qui différencie la rupture du tendon d'Achille de la fracture du calcaneum par arrachement.

L'indication consiste à immobiliser le pied dans l'extension, la jambe étant fléchie sur la cuisse, afin de rapprocher, autant que possible, l'une de l'autre les deux extrémités du tendon rompu. Cette indication peut être aisément réalisée au moyen d'un appareil dans lequel le pied maintenu dans une pantoufle ou une guêtre est rapproché à l'aide d'un lac de la partie postérieure de la cuisse. Ces appareils, maintenant les articulations dans une position forcée, sont assez difficilement supportés. Aussi peut-on aujourd'hui, sauf des contre-indications spéciales, leur préférer la suture du tendon rompu. M. Polailon⁽¹⁾ a publié un fait de cet ordre, dans lequel il a eu recours avec succès à la suture du tendon d'Achille. Depuis lors, M. Friaque, dans sa thèse⁽²⁾, a fait connaître un nouveau fait de rupture du tendon d'Achille traitée par la suture, appartenant à M. Poirier. Il s'agissait d'un syphilitique; les deux bouts du tendon furent rapprochés par des points de suture au fil de soie. Ceux-ci furent éliminés le quinzième jour, mais il persista une petite fistule, néanmoins le résultat fonctionnel fut satisfaisant.

5° *Luxations des tendons péroniers latéraux et tibial postérieur.* — Monteggia⁽³⁾ donna le premier, en 1805, la description d'une luxation des péroniers latéraux. Il s'agissait d'un jeune homme qui, en dansant, se luxa les tendons des deux péroniers latéraux. Mais ce n'est qu'à partir de la communication faite, en 1847, par Robert à la Société de chirurgie⁽⁴⁾, que cette lésion attira l'attention des chirurgiens. Depuis lors, un certain nombre de travaux ont été publiés sur ce sujet, notamment le mémoire de Beach⁽⁵⁾, les thèses de Blanluet⁽⁶⁾, et de Gutierrez⁽⁷⁾, et celle, plus récente, de Balard d'Herlinville⁽⁸⁾.

Étiologie. — Le plus souvent, la luxation des tendons péroniers latéraux est produite par une cause indirecte, qu'il s'agisse d'un violent effort musculaire, pendant une chute, pendant le saut, pendant la danse, ou que cette lésion vienne compliquer une entorse, ou une fracture de l'extrémité inférieure des os de la jambe. Il est beaucoup plus exceptionnel de la voir produite par une cause directe, par exemple un coup porté sur la région malléolaire. Certaines dispositions anatomiques individuelles, telles qu'une saillie anormale des tendons débordant la malléole externe, ont pu être invoquées pour expliquer la production facile de cette lésion. C'est surtout à l'âge adulte et dans le sexe masculin que la luxation des tendons péroniers latéraux a été observée. Comme cause prédisposante, on a invoqué ce fait que, chez certaines personnes, les tendons péroniers font une saillie anormale derrière la malléole externe. Le fait est parfaitement exact; et il m'est plusieurs fois arrivé de voir des personnes chez

(1) POLAILLON, *Bulletin médical*, n° 58, 22 juillet 1888, p. 959.

(2) FRIAQUE, *Ruptures sous-cutanées du tendon d'Achille*. Thèse de doct. de Paris, 1897.

(3) MONTEGGIA, *Istituzione chirurgica*, 1805, parte seconda.

(4) ROBERT, *Bull. de la Soc. de chir.*, juillet 1847.

(5) BEACH, *Boston med. and surg. Journal*, mars 1876.

(6) BLANLUET, *Sur la luxation des muscles péroniers latéraux*. Thèse de doct. de Paris, 1875.

(7) GUTTIEREZ, *De la luxation des muscles péroniers latéraux*. Thèse de doct. de Paris, 1877.

(8) BALARD D'HERLINVILLE, *Luxation des tendons des muscles péroniers latéraux*. Thèse de Paris, 1889-1890.

lesquelles les tendons péroniers latéraux sortent de leur gouttière pendant la contraction de ces muscles, pour venir se placer sur la face externe de la malléole péronière. Quant au mécanisme de l'accident, c'est tantôt dans un mouvement d'adduction, tantôt, et plus souvent, pendant l'adduction que se produit la luxation des tendons péroniers. Dans ce dernier mouvement, en effet, les tendons tendent à prendre la position rectiligne et à sortir de leur gaine; celle-ci vient-elle à être déchirée, la luxation est produite. Rarement, nous le répétons, les tendons ont été directement propulsés en avant par une cause extérieure.

Symptômes. — Généralement l'accident est marqué par une douleur vive que les malades comparent à une brûlure, à un coup de fouet, à une sensation de déchirement. Cette douleur peut cesser immédiatement après l'accident, mais généralement elle persiste un certain temps, même après la réduction. Il reste une sensibilité à la pression, derrière la malléole externe. A la douleur se joignent l'impotence fonctionnelle, le gonflement et l'ecchymose, qui remontent plus ou moins haut, le long des tendons déplacés. Dans un cas de Wertheimer, la teinte ecchymotique remontait jusqu'au tiers moyen de la jambe. Mais le signe caractéristique, c'est la présence au-devant de la malléole externe de deux cordes arrondies, roulant sous le doigt, qui ne sont autre chose que les tendons, et qu'il est possible de suivre jusque sur le bord externe du pied.

Tantôt les deux tendons péroniers sont luxés simultanément, tantôt un seul d'entre eux est déplacé. C'est la luxation isolée du long péronier latéral qui se rencontre le plus fréquemment. Sur 18 cas, Beach⁽¹⁾ note 15 fois la luxation isolée du long péronier, et 5 fois seulement, le déplacement simultané des deux tendons. Le court péronier latéral ne se luxe point isolément.

En général, la réduction est facile à obtenir; mais le déplacement a la plus grande tendance à se reproduire. Chez certains malades, cette tendance au déplacement constitue, par sa persistance, une véritable infirmité. Sous ce rapport, le cas cité par Legouest est tout à fait digne de remarque. Chez son malade, il existait un spasme musculaire amenant, nuit et jour, la réduction brusque des tendons avec un bruit tel que le malade lui-même et ses voisins en étaient incommodés.

A côté de la luxation complète, Demarquay a décrit une luxation incomplète, caractérisée par une saillie anormale des tendons péroniers en arrière de la malléole externe. Cette luxation incomplète, dont l'existence a été rejetée par beaucoup d'auteurs, nous semble incontestable. Le relâchement de la gaine tendineuse chez certains sujets, et, en particulier, chez ceux qui ont eu des entorses antérieures, peut amener en effet une saillie anormale des tendons avec tendance au déplacement.

La réduction des tendons peut présenter des difficultés; dans certains cas même, comme celui de Robert, la luxation est restée tout à fait irréductible. Plus souvent la réduction est obtenue, mais le déplacement se reproduit avec la plus grande facilité, ou bien, sans qu'il y ait tendance à la reproduction du déplacement, il persiste du gonflement, de la sensibilité derrière la malléole externe, et les mouvements du pied sont plus ou moins limités. Aussi, sans être véritablement grave, le pronostic de cette lésion ne laisse-t-il pas que d'être assez fâcheux.

(1) BEACH, *Boston med.*, mars 1876, p. 251.

Les avis sont partagés sur la position à donner au pied pendant les tentatives de réduction. Tandis que Demarquay conseille de fléchir le pied sur la jambe, Jarjavay indique au contraire l'extension forcée; cette dernière position nous semble préférable, comme étant plus propre à relâcher les tendons; ceux-ci pourront être repoussés directement d'avant en arrière avec le doigt. Mais il est bien évident que, dès que les tendons ont repris leur place, c'est la flexion du pied à angle droit qui doit être préférée. Elle est en effet plus favorable au maintien de la réduction. Le membre sera immobilisé au moyen d'un appareil inamovible, et on l'y laissera un temps suffisant pour permettre la cicatrisation de la gaine tendineuse, c'est-à-dire un mois environ. S'il persiste de la tendance au déplacement, les malades seront obligés de porter pendant longtemps un appareil compressif, bas lacé, chaussette élastique, en peau de chien, etc.

Huguiet a proposé, pour les cas où la réduction ne peut être obtenue par les simples manipulations, d'appliquer un poignon au-devant des tendons déplacés, et de s'en servir comme d'un levier pour les ramener dans leur gaine. Robert, dans le cas qui lui est personnel, attribua l'irréductibilité à la présence dans l'intérieur de la gaine tendineuse de portions fibreuses déchirées et recroquevillées sur elles-mêmes. Aussi ne voulut-il pas suivre le conseil qui lui était donné par Huguiet. Il nous semble qu'à l'heure actuelle on ne devrait pas hésiter, en pareil cas, à faire une incision, à réduire le tendon mis à nu, et à le maintenir en place par la suture de la gaine déchirée. Dans un cas où la persistance du déplacement créait chez un malade une véritable impotence fonctionnelle, Daniel Mollière pratiqua l'opération suivante : il divisa sous la peau, à son point de réflexion dans la gouttière du cuboïde, le tendon du long péronier latéral. Puis, il ponctionna, à 5 centimètres au-dessous de la pointe de la malléole, avec le ténotome, la gaine du muscle, en tournant et retournant à plusieurs reprises l'instrument, de façon à produire une irritation de la gaine déchirée. Le tendon fut alors réduit, et le pied immobilisé dans un appareil inamovible. Le résultat de cette intervention fut une réaction assez vive, qui détermina des adhérences, et provoqua le maintien de la réduction. Cette opération nous semble bien peu précise, et incertaine dans ses résultats. Pour notre part, nous lui préférons de beaucoup une opération à ciel ouvert, comprenant l'incision de la peau, la mise à nu du tendon déplacé, et sa réduction, enfin son maintien en place par la suture de la gaine déchirée. M. Balard d'Herlinville⁽¹⁾ nous donne, dans sa thèse, la description d'un procédé opératoire qui a été employé par M. Lannelongue pour remédier aux inconvénients d'une luxation persistante du long péronier latéral. Ce procédé consiste à disséquer, au niveau de la malléole externe, un lambeau périostique qui, rabattu en arrière, est suturé à la gaine fibreuse déchirée. Le malade, dont l'observation a été donnée par Balard d'Herlinville, n'a pas été suivi assez longtemps pour qu'on puisse juger du résultat définitif; mais il y a là une idée ingénieuse qui pourra être mise à profit, surtout dans les cas anciens où la gaine fortement rétractée ne se laisserait pas aisément fermer par la suture.

De la luxation des tendons péroniers, nous devons rapprocher celle du tendon du jambier postérieur, décrite par Ch. Martins d'après sa propre observation⁽²⁾. La luxation s'était produite pendant une chute, au moment où l'auteur, projeté

⁽¹⁾ BALARD D'HERLINVILLE, *Contribution à l'étude de la luxation des tendons des muscles péroniers latéraux*. Thèse de doct. de Paris, 1890.

⁽²⁾ CH. MARTINS, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 6 janvier 1874.

en arrière, cherchait instinctivement à se raccrocher avec le pied, et contractait violemment son jambier postérieur. Bien que la réduction eût été pratiquée immédiatement, cette luxation nécessita un repos de plus de trois mois et l'application d'appareils inamovibles, avant que la marche redevint possible.

III

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA JAMBE

1° *Contusions*. — La crête du tibia et la face interne de cet os, par leur position superficielle, impriment aux contusions de la jambe des caractères particuliers. Ici, comme à la région du sourcil, il arrive que la peau, prise entre la cause contondante et une arête osseuse tranchante, soit sectionnée de dedans en dehors, et qu'une plaie contuse revête les apparences d'une plaie par instrument tranchant.

Les contusions violentes, portant sur la face interne du tibia, donnent fréquemment aussi naissance à des collections sanguines développées au-dessous du périoste, hématomes sous-périostiques, reconnaissables aux caractères habituels des collections hématisées, mollesse et même fluctuation au centre, rebord dur à la périphérie, se laissant quelquefois écraser sous le doigt et produisant la crépitation sanguine caractéristique. Ces hématomes sous-périostiques, fréquemment observés chez les malades des hôpitaux, deviennent, chez ceux d'entre eux qui n'ont pas gardé le repos, le point de départ de collections purulentes. Souvent aussi, chez les sujets prédisposés, ces contusions ostéo-périostiques sont l'origine d'ostéites tuberculeuses.

A la région antéro-externe de la jambe existe une aponévrose extrêmement dense et résistante. Quand la contusion vient à porter en ce point, elle peut déterminer le décollement de la peau et du tissu cellulaire sur l'aponévrose sous-jacente, et l'on voit parfois se former là ces collections séreuses auxquelles Morel-Lavallée a donné le nom d'épanchements traumatiques de sérosité.

2° *Plaies*. — Les plaies de la jambe affectent chez les variqueux une gravité particulière. Chez eux, en effet, elles peuvent donner naissance à des hémorragies abondantes, à des phlébites; souvent aussi, elles deviennent le point de départ des ulcères variqueux. Les plaies par instrument tranchant, lorsqu'elles portent sur la face postérieure de la jambe et qu'elles affectent la direction transversale, se compliquent d'un écartement considérable des masses charnues du mollet; de là l'indication de recourir à une suture à étages, ayant pour but de réunir isolément les muscles, l'aponévrose et la peau.

3° *Hernies du jambier antérieur*. — Lorsque la puissante aponévrose qui bride les muscles de la région jambière antérieure est rompue, le jambier antérieur peut faire saillie à travers l'orifice anormal. C'est au tiers moyen de la jambe que siège la hernie; en haut, en effet, le muscle est intimement adhérent à l'aponévrose; en bas il n'est plus représenté que par son tendon. Généralement la partie herniée affecte la forme d'un ovale verticalement dirigé suivant le grand axe du membre; de consistance molle, presque fluctuante, elle diminue de volume et se réduit pendant la contraction du muscle.

4° *Coup de fouet*. — « On désigne généralement, sous le nom de *coup de fouet*,