

que tous les culs-de-sac qui ne communiquent pas directement avec le foyer de la fracture, aient un orifice d'écoulement direct à l'extérieur; enfin, on applique le pansement de Lister. Nous conseillons vivement d'introduire dans la plaie des quantités modérées d'iodoforme, et d'en saupoudrer également les drains. La sécrétion de la plaie diminue alors à tel point, que l'on peut attendre jusqu'à 15 jours pour renouveler le pansement. C'est l'état général du malade, et surtout la fièvre, qui décidera s'il doit être changé plus tôt. Du reste, lorsqu'il s'agit de fractures déjà infectées, il est à conseiller de renouveler souvent le pansement, jusqu'à ce que, par la désinfection répétée, on ait rendu la plaie parfaitement aseptique. On cherche à maintenir les fragments dans une bonne position au moyen d'un grand pansement antiseptique, auquel on donne le degré de consistance nécessaire à l'aide de bandes de gaze amidonnée, ou bien on fixe la jambe dans une gouttière de tôle ou de fil de fer.

On obtient avec le pansement antiseptique des résultats excellents si on les compare avec ceux de l'ancienne chirurgie. La méthode actuelle permet de conserver le membre dans des cas de fractures graves communiquant avec les deux articulations voisines, et l'on réussit, le plus souvent, à guérir sans ankylose les articulations du pied et du genou déjà envahies par la suppuration.

Dans les cas où la fracture présente à un haut degré des signes de putréfaction, on a parfois recours à l'irrigation permanente, interrompue de temps en temps par des lavages avec des solutions désinfectantes plus fortes. Parfois aussi on fera bien dans ces cas de placer le membre dans un appareil de suspension. On reviendra, du reste, le plus tôt possible au pansement antiseptique.

Il est permis de se départir des règles que nous venons d'énoncer, lorsqu'il s'agit de fractures dites par perforation, dans lesquelles le fragment n'a produit qu'une petite plaie des téguments, et que la lésion est tout à fait récente, ou ne présente aucun phénomène d'infection si elle date de quelques jours. On assure l'asepsie par un nettoyage convenable du membre, on saupoudre la petite plaie d'un peu d'iodoforme, et l'on applique un pansement antiseptique.

§ 120. — Abstraction faite des fractures de l'articulation tibio-tarsienne que nous aurons à étudier ultérieurement, les fractures isolées du tibia et du péroné sont assez rares.

Les **fractures isolées du tibia** sont, sans doute, presque toujours la conséquence d'une violence traumatique directe, et elles s'observent le plus souvent chez les enfants.

Comme le déplacement des fragments fait assez souvent défaut, ces fractures, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, peuvent créer momentanément de réelles difficultés de diagnostic.

Les **fractures de la diaphyse du péroné** dues à une cause directe, sont aussi assez souvent d'un diagnostic douteux; en effet, dans la région du mollet, le péroné n'est pas accessible à la palpation directe, et d'autre

part, les malades atteints de fracture de cet os, peuvent parfaitement marcher. A son extrémité supérieure, le péroné est parfois le siège de fractures par contraction musculaire violente (HYRTL, FUHRER, LOTZ-BECK, etc.). Il s'agit alors d'individus qui, sur le point de tomber, s'appuient avec force sur une extrémité; dans l'effort musculaire qui en résulte, le biceps arrache la tête du péroné.

L'adduction forcée de la jambe a évidemment aussi quelque importance au point de vue du mécanisme de cette fracture. Dans d'autres cas cette dernière doit être, sans doute, attribuée en partie à une violence traumatique directe. En effet, les fractures de la tête du péroné offrent des caractères très variables; cette partie de l'os est brisée tantôt comminutivement, tantôt en quelques fragments seulement, dont le plus volumineux est appendu au tendon du biceps ou au ligament latéral externe. On observe aussi des fractures sous-périostées du col du péroné. Parfois le nerf sciatique poplitée externe qui contourne l'os à ce niveau, est tantôt comprimé ou contusionné, tantôt blessé ou déchiré complètement par les fragments. On peut voir se produire également des troubles nerveux dus à la compression du nerf par le cal lors de la guérison de la fracture. Tantôt les symptômes ont surtout les caractères d'une névralgie s'étendant à la partie externe de la jambe et du pied, tantôt ils consistent en une paralysie des extenseurs du pied et en une anesthésie dans le domaine d'innervation du tronc nerveux en question. A côté du traitement proprement dit de la fracture, on devra donc avoir recours aux divers moyens propres à combattre les symptômes observés. Telles sont l'électricité et certaines opérations consistant, soit à dégager le nerf des esquilles ou du cal, soit à pratiquer la résection suivie de la suture, ou enfin l'élongation du tronc nerveux (DUMOLLARD, thèse de Lyon, 1882).

B. PROCESSUS INFLAMMATOIRES.

1. Ulcères de la jambe. Éléphantiasis. Varices.

§ 121. — L'extrémité inférieure, et particulièrement la jambe et le pied, offrent des conditions défavorables à la guérison de petites plaies et érosions, ainsi qu'à la dessiccation d'éruptions eczémateuses etc. La face et le bord antérieurs du tibia, recouverts seulement par la peau, sont particulièrement exposés aux lésions traumatiques; ces plaies lorsqu'elles sont négligées, de même que les érosions, l'eczéma etc., peuvent être le point de départ d'ulcérations qui tendent à s'agrandir peu à peu.

Souvent les vaisseaux sont normaux et la cause des ulcérations doit être cherchée dans les mauvaises conditions de circulation des extrémités inférieures dans la marche et la station debout. Dans d'autres cas, l'ulcère se développe sur un terrain déjà malade, les veines sous-cutanées étant dilatées dans

certaines parties ou sur toute l'étendue de la jambe (varices). Lorsqu'une plaie se produit dans ces conditions, on observe à son niveau une stase considérable et une tendance à l'ulcération progressive. Si les occupations du malade ne lui permettent pas de garder le repos dans la position horizontale jusqu'à la guérison définitive, l'ulcère s'agrandit de plus en plus, surtout lorsqu'il est soumis constamment à des irritations dues soit à de légers traumatismes, soit au frottement des vêtements, etc. En outre, le malade néglige parfois de changer le pansement; le liquide putride sécrété par la surface de l'ulcère en voie de granulation, infecte ce dernier, dont la base devient alors le siège d'une nécrose aiguë putride; l'ulcère s'agrandit ainsi rapidement.

C'est la face antérieure du tibia, surtout au niveau de son tiers inférieur, qui est le plus souvent le siège de cette affection. Il n'est pas rare de voir l'ulcération entourer cette partie du membre sous la forme d'un demi-anneau ou même d'un anneau complet; elle peut avoir une surface égale à celle de la main ou plus grande encore; on l'a même vue envahir la jambe dans toute son étendue. Du reste, beaucoup de ces ulcérations débutent non pas sur la peau qui recouvre le tibia, mais au niveau des parties molles, sur le mollet, etc. Dans cette dernière région, on les observe surtout chez les individus affectés de varices, et c'est alors assez souvent une veine suppurée qui en est le point de départ.

Il n'est pas du tout rare d'observer à la jambe des ulcères de nature syphilitique, et dans le diagnostic on devra prendre en considération non seulement ceux qui succèdent à une gomme suppurée de la face antérieure du tibia, mais encore l'ulcère serpiginieux de la peau qui s'attaque à la jambe avec une certaine prédilection.

Les grandes ulcérations de la jambe ne se développent, du reste, presque jamais d'une façon continue. Une première ulcération guérit, puis, au niveau de la cicatrice, s'en produit une nouvelle au bout d'un certain temps; celle-ci se cicatrise à son tour; mais, après chaque guérison successive, les conditions deviennent plus favorables au développement de nouvelles ulcérations, qui se guérissent, par contre, de plus en plus difficilement.

La fixité des tissus cicatriciels envahis par l'ulcération, ne fait que retarder la guérison de cette dernière; en outre, à chaque récurrence, un état d'irritation chronique s'empare d'une zone de plus en plus étendue du tissu conjonctif environnant. Des masses épaisses, cicatricielles, prennent la place de la peau, du tissu sous-cutané et du périoste; ces mêmes masses pénètrent entre les muscles, et même dans l'intérieur de ces derniers, le long des cloisons du tissu conjonctif. Le processus se propage peu à peu dans la direction de l'articulation tibio-tarsienne et du tarse, et transforme ici le tissu conjonctif qui enveloppe les tendons, ainsi que la partie fibreuse de la capsule articulaire, en une masse indurée et dépourvue de toute mobilité. Le périoste, grâce à l'état d'irritation dans lequel il se trouve, commence à fournir des couches osseuses irrégulières. Le tibia et le péroné s'épaississent d'une façon difforme, à tel point que les deux os peuvent se souder l'un à l'autre. Au niveau de l'articulation du pied, il n'est pas rare d'observer une ossification de la capsule fibreuse. En même temps les muscles qui, dans les conditions défavorables où ils se trouvent, ont cessé de fonctionner, et dont les tendons ne glissent plus dans leurs gaines, subissent la dégénérescence graisseuse et la transformation fibreuse. A la suite

de ces ulcérations de longue durée, qui ont récidivé plusieurs fois, le pied finit par perdre toute mobilité. La surface de la peau dans le voisinage de la cicatrice, ainsi que dans la région du pied, offre souvent les effets de l'irritation à laquelle elle a été soumise. Dans ces conditions, en effet, se forment de grandes quantités de cellules épithéliales cornifiées, tandis que les papilles du derme sont le siège d'une prolifération qui donne à la surface cutanée un aspect verruqueux et fendillé. Peu à peu le pied, au-dessous de l'ulcère, prend de plus en plus l'aspect difforme des membres affectés d'éléphantiasis.

Les processus que nous venons de décrire, expliquent les caractères divers de l'ulcération qui lui ont valu les noms d'ulcères simple, variqueux, calleux, torpide, etc.

Les ulcérations de longue durée peuvent avoir comme conséquence non seulement une gêne fonctionnelle du membre par le fait des processus locaux que nous venons de décrire, mais encore diverses complications capables de mettre en danger la vie même du malade. Nous faisons abstraction de la fonte putride de l'ulcération, de l'érysipèle, etc., mais nous ne pouvons passer sous silence le fait que nombre d'individus qui ont perdu pendant longtemps de grandes quantités de pus par leurs ulcères, finissent par succomber à une **dégénérescence parenchymateuse ou amyloïde** des grosses glandes abdominales. Rappelons également que, parfois, un ulcère simple de longue durée devient le point de départ d'un **carcinome épithélial**. On devra être réservé au sujet du diagnostic de néoplasme, car les vieilles ulcérations de la jambe et du pied ont une grande tendance à se tuméfier à leur base, et à produire des masses considérables de granulations, que l'on pourrait prendre facilement pour une tumeur.

Les grandes ulcérations que nous venons de décrire, ne s'observent guère que dans les classes pauvres astreintes à de pénibles travaux. Par contre, les petits ulcères variqueux se rencontrent souvent aussi chez les personnes qui mènent une vie sédentaire; on les observe surtout chez les femmes qui ont eu un ou plusieurs enfants. Ce sont surtout ces dernières formes qui se distinguent assez souvent par une extrême sensibilité de la partie ulcérée.

Le peu de tendance à la guérison des ulcères de la jambe et la production de ces formes graves d'ulcération qui, nous l'avons vu plus haut, anéantissent pour ainsi dire le mécanisme du pied tout entier, sont dues précisément à cette circonstance qu'il s'agit d'une affection développée chez des individus qui n'ont pas les moyens d'éviter un travail pénible nécessitant de longues marches ou la station debout prolongée. Si l'ulcération, à son début, avait pu être guérie complètement, et que la première cicatrice formée n'eût été soumise que graduellement à des épreuves de plus en plus fortes, on aurait pu évidemment éviter des récurrences. Nous ne nions nullement l'importance des dilatations veineuses, mais nous devons rappeler qu'une grande partie d'entre elles ne sont que la conséquence de l'ulcération. Un rentier affecté de varices n'a, pour ainsi dire, jamais d'ulcérations étendues des jambes. Il s'agit, comme nous l'avons fait remarquer, d'une maladie de la classe pauvre, et nous devons ajouter qu'on l'observe tout particulièrement chez les vagabonds qui se négligent complètement.