

quelques rares cas, l'arrachement se produit à l'insertion astragaliennne du ligament. Cette **fracture par arrachement de la malléole interne** s'accompagne très volontiers d'une autre fracture intéressant le péroné. En effet, le sommet de la malléole externe est chassé fortement et brusquement en dehors par le bord externe de l'astragale, tandis que le poids du corps tend à refouler en dedans la jambe, et, par conséquent, la diaphyse péronière. Il en résulte habituellement une fracture au-dessus de l'articulation et de l'endroit où le péroné est maintenu contre le tibia par de solides ligaments. Le point où se produit la fracture, est situé à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la pointe de la malléole, et correspond à la portion la plus mince de la diaphyse. Mais on peut observer également un écartement ou diastase des deux os par rupture des ligaments tibio-péroniers, ou bien une fracture de la malléole externe à un niveau plus inférieur, c'est-à-dire à la hauteur de la surface articulaire du tibia.

Ici encore, la déchirure des ligaments peut être si étendue, et le déplacement s'exagérer à tel point, que la poulie astragaliennne abandonne complètement la mortaise péronéo-tibiale pour se porter en dedans (fracture avec luxation en dedans). Dans ces conditions, la déformation persiste indéfiniment, surtout lorsque le pied, dans son attitude vicieuse, a encore été utilisé pour la marche.

Enfin, lorsque le pied a été chassé très violemment dans le sens de la pronation, par exemple à la suite d'une chute d'une grande hauteur, ou même d'une hauteur moindre s'il s'agit d'un individu lourd, on peut voir se produire une fracture du tibia siégeant au-dessus de la surface articulaire et pénétrant jusque dans l'articulation.

A propos de la fracture avec luxation en dedans, VOLKMANN décrit certaines *fractures longitudinales particulières* intéressant la face externe du tibia. La violence traumatique peut arracher, en effet, de la portion du tibia qui touche au péroné, un fragment osseux cunéiforme s'étendant jusque dans l'articulation. C'est une fracture qui se produit au lieu d'un écartement ou diastase. La malléole externe étant refoulée de plus en plus en haut et en dehors par l'astragale, il se produit soit une rupture des ligaments tibio-péroniers, soit un arrachement d'une portion du tibia à leur insertion sur ce dernier. C'est précisément dans les cas de ce genre que l'on observe volontiers une déchirure de la peau à travers laquelle le tibia fait saillie à l'extérieur.

Nous avons déjà dit plus haut qu'une fracture analogue (fracture sus-malléolaire de MALGAIGNE), pouvait être la conséquence d'un mouvement forcé du pied dans le sens de la supination (voir les expériences de TILLAUX pour ce qui concerne les différentes formes possibles de fractures). Enfin, nous devons signaler certaines complications résultant soit de la déchirure de la peau dans la région des malléoles, mais surtout au niveau de la saillie osseuse située au-dessus de l'astragale dans les cas de

fracture avec luxation en dedans, soit aussi d'une gangrène secondaire due à l'état de tension des téguments.

Abstraction faite des lésions que nous venons de décrire, on peut naturellement observer au niveau de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné, diverses autres fractures reconnaissant comme cause une *violence traumatique directe*.

§ 136. — Dans la grande majorité des cas, les fractures des malléoles ne se manifestent pas par des **symptômes objectifs** bien caractérisés. En effet, le *déplacement* des fragments est ordinairement peu prononcé, et l'on ne constate pas souvent la *crépitation*, à part les cas de déchirure étendue du périoste des malléoles ou de fracture complète de l'épiphyse inférieure du tibia. Les fractures du péroné au-dessus de l'articulation (fractures par pronation), offrent parfois une mobilité particulière. En effet, si l'on exerce une pression sur la pointe de la malléole, le petit fragment inférieur « fait bascule », c'est-à-dire qu'il se porte un peu en dehors au niveau de la fracture. Mais, si l'on fait abstraction de ces cas, on devra ordinairement se contenter de signes moins sûrs, bien que, dans leur ensemble, ils permettent de poser le diagnostic très probable de fracture.

A ces signes appartient tout d'abord la *douleur localisée au siège de la fracture*, douleur que l'on provoque en promenant l'index de bas en haut sur la malléole à partir du sommet de cette dernière, et en exerçant une pression forte et graduelle sur la surface de l'os. Un autre signe de fracture est la *tuméfaction locale*, qui s'accompagne bientôt d'un *épanchement sanguin* se manifestant par une coloration ecchymotique de la peau. Cette *ecchymose* s'étend le long de la diaphyse de l'os fracturé, ainsi que de l'appareil ligamenteux de l'articulation.

Outre ces symptômes, on observe presque toujours dans l'articulation un épanchement sanguin abondant ou *hémarthrose*. En ce qui concerne le *déplacement*, lorsqu'il existe, nous renvoyons simplement le lecteur aux remarques que nous avons faites à propos des fractures avec luxation en dedans ou en dehors. Dans les fractures par supination, il est rare d'observer un déplacement notable du pied, dans le sens de l'adduction, une sorte de pied bot varus, tandis que dans les fractures par pronation, les déformations sont beaucoup plus fréquentes. Le pied est en pronation et ressemble à un pied plat; du côté interne, le tibia ou le bord interne de l'astragale font une forte saillie, et le péroné, de son côté, présente une concavité plus ou moins prononcée au-dessus de l'articulation, etc.

L'impuissance fonctionnelle du pied n'est pas toujours complète. Dans les cas de fracture simple de la malléole externe, le blessé peut même, en général, parcourir un assez long trajet, bien que la marche soit assez douloureuse.

Seules, les formes de fractures mentionnées en dernier lieu, surtout

les fractures par pronation avec lésion grave des os ou diastase de ces derniers, ont un pronostic douteux, d'autant plus qu'elles se compliquent très facilement d'une plaie des téguments. Elles exigent beaucoup de soins, et en dépit de ces derniers, une guérison irréprochable ne vient pas toujours récompenser les efforts du chirurgien.

Quant aux autres fractures, elles n'ont de gravité que pour autant qu'elles sont facilement méconnues et négligées. Dans ces conditions, il peut arriver que le fragment malléolaire ne se soude pas au reste de l'os, et si le malade marche, il se produit facilement une déformation, c'est-à-dire un pied bot valgus s'il s'agit d'une fracture par pronation et un pied bot varus dans le cas d'une fracture par supination. Mais avant tout on peut voir survenir alors une inflammation de l'articulation qui varie avec la forme de la fracture et les conditions individuelles du blessé. *Voilà un motif suffisant pour que l'on considère comme graves même les lésions en apparence les plus légères*, et pour que l'on institue le traitement comme s'il s'agissait d'une fracture malléolaire lorsqu'après avoir bien pris en considération les divers symptômes mentionnés plus haut, on n'arrive à poser qu'un diagnostic de probabilité.

Le **traitement** des fractures des malléoles — à commencer par les formes simples sans déplacement qui sont de beaucoup les plus fréquentes — consiste simplement dans l'immobilisation de l'articulation du pied pendant environ 4 ou 5 semaines. *Pour cette immobilisation on placera le pied à angle droit sur la jambe, et dans une attitude moyenne entre la pronation et la supination, de façon que la plante du pied touche le sol comme à l'état normal. C'est une règle que nous émettons une fois pour toutes, et qu'il importe d'observer dans le traitement de toutes les lésions traumatiques et affections inflammatoires du membre inférieur et du pied lui-même.* L'observation de cette règle permet d'exclure ces attitudes vicieuses qui, se produisant sous la forme du pied équin ou du pied bot varus ou valgus, gênent à un haut degré les fonctions du membre, et exigent à elles seules un nouveau traitement. Au début, on se contente ordinairement de placer la jambe et le pied dans une gouttière de tôle ou de fil de fer, ou sur une attelle analogue à celle de VOLKMANN. Dès que le gonflement diminue, le moyen de fixation de beaucoup le plus commode est un appareil construit avec l'une ou l'autre des substances durcissantes, tels que le plâtre ou la magnésite. Cependant, il va sans dire que l'on peut arriver au même résultat au moyen d'attelles latérales (attelles anglaises, attelles de feutre ou de gutta-percha), fixant le pied et la jambe jusqu'au genou. L'appareil plâtré doit comprendre également la jambe et le pied dans toute leur étendue.

Si la fracture s'accompagne d'un *déplacement*, on devra tout d'abord corriger ce dernier par l'extension et la coaptation, en s'aidant au besoin de l'anesthésie par le chloroforme. On aura recours alors, habituellement, à un appareil plâtré, que l'on appliquera après avoir ramené le

pied dans la position contraire à celle du déplacement, par conséquent en supination si le pied s'était déplacé dans le sens de la pronation, et vice versa. L'appareil ainsi appliqué dans l'attitude de supination du pied, doit être naturellement enlevé avant la guérison définitive, puis s'il n'existe plus de tendance au déplacement, on corrige à son tour la supination en fixant, dans un appareil plâtré, le pied à angle droit sur la jambe. De fait, le plus souvent, grâce à l'emploi du plâtre, on peut parfaitement se passer de l'appareil de DUPUYTREN tant vanté autrefois. Cependant, ce dernier a une certaine valeur dans les cas de tuméfaction considérable, comme aussi dans les formes très rebelles de fracture. En principe, l'appareil de DUPUYTREN était destiné aux fractures par abduction (ou pronation) avec déplacement notable dans le sens de la pronation.

Après avoir garni d'un coussin la face interne de la jambe, on attire et fixe le pied contre une attelle descendant plus bas que la malléole interne; le pied se trouve ainsi ramené dans l'attitude de supination forcée, ainsi qu'on peut s'en rendre compte facilement par la figure.

Dans les formes légères de fractures des malléoles sans déplacement notable, comme aussi dans les cas d'hémarthrose tibio-tarsienne, et dans les distorsions du tarse (voir paragraphe suivant), le *massage* constitue un remède souverain, qui non seulement fait disparaître le gonflement et la douleur, mais hâte évidemment la guérison de ces différentes lésions. Avec le massage nous pouvons permettre au blessé de marcher beaucoup plus tôt qu'avec n'importe quel autre moyen de traitement.

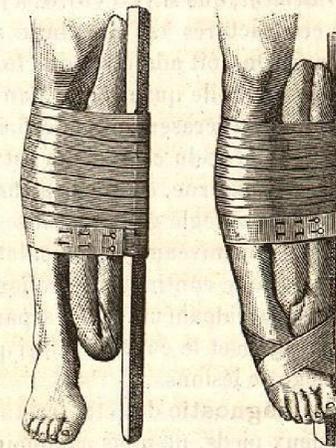


Fig. 59. — Attelle de DUPUYTREN avec coussins pour les fractures des malléoles, et surtout pour celles qui se produisent dans le sens de l'abduction.

6. Fractures du tarse.

§ 137. — L'**astragale** est parfois le siège de fractures par causes indirectes. Nous avons déjà fait remarquer plus d'une fois que dans les violences traumatiques déterminant une luxation, il peut se produire une fracture du col de cet os, et que le ligament latéral interne, au lieu de se rompre, peut arracher une portion de l'astragale à son insertion sur cet os. — Par contre, on observe des fractures vraiment typiques du calca-