

périeur de la jambe, et la pression exercée sur ce point démontre bien nettement le siège précis de la fracture. L'écartement des malléoles et la direction de la pointe du pied en dehors existent à peu près comme dans les fractures par divulsion ; rappelons que cette variété est aussi rare que les deux autres sont fréquentes.

Fait remarquable, la fracture de l'extrémité supérieure du péroné (très rare d'ailleurs) est toujours compliquée d'une lésion du nerf sciatique poplité externe — qui est comprimé ou tirailé — il en résulte des troubles moteurs et sensitifs dans la région antéro-externe de la jambe innervée par ce nerf, une tendance du pied au varus équin par la contraction sans contre-poids des muscles antagonistes.

**Traitement.** — Les fractures par arrachement n'ont guère de tendance à se déplacer ; aussi suffit-il d'immobiliser le membre pendant quelques jours dans des attelles plâtrées ou mieux de le masser et de n'employer l'attelle plâtrée que peu de jours ou pas du tout.

Pour remédier à l'écartement des fragments et à la tendance que présentent le pied et le fragment inférieur à se porter en dehors, Dupuytren a imaginé un appareil destiné à renverser le pied en dedans : un coussin est appliqué sur la partie interne de la jambe ; en haut il ne dépasse pas le condyle du tibia, en bas il s'arrête au niveau de la malléole interne, mais en ce point on le replie sur lui-même de façon à former un coin ou bourrelet ; une attelle est appliquée sur ce coussin, elle le dépasse en bas de 12 à 15 centimètres et se prolonge par conséquent de 8 à 10 centimètres au-dessous du bord interne du pied.

Une bande circulaire maintient l'attelle et le coussin à la partie supérieure de la jambe ; une seconde bande, d'abord fixée à la partie inférieure de l'attelle, est dirigée successivement sur le dos du pied, sur son bord externe, sur sa face plantaire et redresse le fragment externe par la forte traction qu'elle exerce sur lui.

Aujourd'hui les attelles plâtrées sont avantageusement substituées à toutes les autres, à condition de maintenir la réduction jusqu'à la solidification du plâtre.

Au bout de peu de jours l'appareil sera supprimé et on imprimera des mouvements au pied et même pour les fractures par arrachement, sans déplacement, le mieux semble être de les traiter immédiatement par le massage sans application d'appareils, on obtient ainsi la guérison complète en 15 à 20 jours.

#### 17. — FRACTURES DES OS DU PIED.

Nous exposerons les fractures de l'astragale et celles du calcaneum ; quant aux fractures des autres os qui composent le squelette du pied, elles offrent de telles ressemblances avec les fractures des os de la main, qu'une description spéciale est inutile.

##### Fractures de l'astragale.

L'astragale est trop bien protégé par les os et les parties molles qui l'entourent, pour pouvoir se briser autrement que dans *une chute sur les pieds* ; ces fractures sont rares, on les a vues diviser l'astragale dans le sens antéro-postérieur ou dans le sens transversal au niveau de son col ; dans quelques cas, la fracture est comminutive. La luxation des fragments a été souvent observée.

Lorsqu'il n'existe pas de déplacement, la fracture est souvent méconnue en raison du gonflement énorme qui l'accompagne et qui fait croire à une entorse violente.

Le traitement consiste à réduire les fragments déplacés et à immobiliser le pied et la jambe ; on aura vite recours au massage et aux mouvements destinés à prévenir l'ankylose.

##### Fractures du calcaneum.

Elles se produisent de deux façons, par *arrachement* et par *écrasement*.

1° La *fracture par arrachement* succède à une violente contraction des muscles du mollet, se produisant soit dans une chute sur les pieds, soit dans un saut brusque ; le blessé éprouve aussitôt une douleur très vive dans le talon, il ressent un craquement en ce point, il tombe et ne se relève qu'avec peine, son talon est déformé, il est plus élevé que celui du côté opposé ; si le gonflement ne s'est pas encore produit, on y

BIBLIOTECA  
MUSEO L. A. N. L.

constate une dépression transversale qui augmente dans la flexion du pied, et diminue dans l'extension ; lorsque les muscles du mollet sont relâchés, on peut imprimer aux fragments quelques mouvements de latéralité.

Il est assez facile de réduire la fracture en étendant fortement le pied sur la jambe et en fléchissant celle-ci sur la cuisse, mais la réduction est difficile à maintenir : aussi ces fractures se consolident-elles souvent comme celles de la rotule et de l'olécrâne par l'intermédiaire d'un cal fibreux.

On a imaginé plusieurs appareils destinés à maintenir les fragments en contact, tels sont : la pantoufle de J.-L. Petit, la guêtre de Monro, etc. (Voy. les *traités de petite chirurgie*). Nous croyons que l'on pourrait, avec avantage, se servir ici de notre appareil pour les fractures de la rotule, en y apportant quelques modifications. (Voy. page 265, note.)

2<sup>o</sup> *Fracture par écrasement.* — Produite par une chute d'un lieu élevé ou par un choc direct, l'état des fragments ne présente rien de constant ; souvent même la fracture est comminutive.

Cette fracture s'annonce par une douleur très vive au niveau du talon, par l'élargissement du calcaneum et l'affaissement de la voûte du pied ; il existe un gonflement énorme autour des malléoles, sur le dos et sous la plante du pied. Malgaigne a observé que sur les malléoles et sur le dos du pied le gonflement est mou, tandis qu'il est très dur au-dessous de la malléole interne, car en ce point on touche la petite apophyse du calcaneum qui a été projetée en dehors ; la pression est à ce niveau très douloureuse.

Ces fractures sont plus graves que les précédentes, car la consolidation, traversée par de redoutables accidents, est toujours longue.

Appliquez deux attelles provisoires et cherchez à modérer l'intensité de l'inflammation par des liqueurs résolutives et des cataplasmes ; quelques jours après, vous pourrez envelopper le talon dans un appareil plâtré que vous maintiendrez pendant plus de quarante jours en raison des lenteurs de la cicatrisation, à moins que vous ne préfériez la méthode du massage et de la mobilisation rapide.

## CHAPITRE VI

### MALADIES DES ARTICULATIONS.

Les articulations peuvent être considérées comme de véritables organes, dont les parties les plus vivantes sont la *synoviale* et les *extrémités osseuses* ; ce sont elles qui sont le point de départ et le siège principal des maladies articulaires ; mais, en raison des connexions étroites qui unissent toutes les parties constituant de la jointure, les altérations de l'une d'elles ont la plus grande tendance à se généraliser et suffisent pour entraver son jeu ; c'est ce qui justifie cette assimilation d'une articulation à un organe, c'est ce qui conduit à décrire leurs maladies sous des noms généraux, au lieu d'en faire des synovites, des ostéites, etc.

On peut grouper ainsi les maladies articulaires :

- 1<sup>o</sup> *Arthrites aiguës* ;
- 2<sup>o</sup> *Arthrites chroniques*, comprenant la *tumeur blanche* et l'*arthrite sèche* ;
- 3<sup>o</sup> *Hydarthrose* ou épanchement séreux dans les jointures ;
- 4<sup>o</sup> *Corps étrangers organiques des articulations* ;
- 5<sup>o</sup> *Lésions traumatiques*.