

seurs des orteils, ces abcès gagnent le creux poplité; en raison de leur profondeur, on ne peut que les soupçonner par les douleurs profondes, la gêne et l'impossibilité des mouvements, la fièvre et l'état général du malade. Une hydarthrose, une arthrite aiguë par voisinage surviennent bientôt et si l'on ne donne pas issue au pus, il peut envahir le creux poplité et même se déverser dans l'articulation du genou; aussi dès que l'on se trouvera en présence des symptômes graves que nous venons d'indiquer, et si rien ne rend compte de leur gravité exceptionnelle, devra-t-on aller à la recherche du pus et lui donner issue au dehors. On pourrait encore faire avec précaution une ponction exploratrice qui assurerait le diagnostic.

2° *Ulcères de la jambe.* — Les ulcérations de la jambe sont presque toujours d'origine variqueuse. Nous renvoyons pour leur étude au chapitre des varices en général, t. I.

3° *Périostite et ostéite du tibia.* — Les périostites phlegmoneuses du tibia sont consécutives à des traumatismes, déjà nous les avons décrites; les périostites et ostéites syphilitiques de la crête de l'os sont fréquentes, elles sont moins douloureuses que les précédentes et les douleurs qu'elles provoquent sont surtout nocturnes. Pour les raisons que j'ai données dans le tome I, je ne saurais que fort difficilement admettre les périostites blennorrhagiques que l'on a signalées; un homme atteint de chaude-pisse peut, en effet, se cogner le tibia contre un meuble ou recevoir un coup, un choc sur la crête de cet os, ce sera le traumatisme et non la blennorrhagie qui déterminera la périostite, tout comme chez tout autre sujet.

Pendant ou après les fièvres infectieuses, typhiques, éruptives, l'on voit survenir des périostites du tibia, moi-même j'en ai été atteint durant la convalescence d'une fièvre typhoïde des plus graves contractée dans mon service hospitalier; ces lésions très douloureuses peuvent passer à suppuration ou se borner à laisser une petite tumeur osseuse toujours sensible à la pression.

Les tumeurs blanches du genou, celles du cou-de-pied peuvent, par extension de l'infiltration tuberculeuse, amener des périostites bacillaires des os de la jambe, avec tous les abcès froids qui en sont la conséquence.

Chez les jeunes sujets les épiphyses peuvent s'enflammer et suppurer, il se produit alors un décollement au niveau du cartilage d'ossification et tous les graves accidents décrits au tome I.

L'ostéomyélite du tibia, l'abcès douloureux de l'os, n'est pas très rare à la suite des fractures compliquées et surtout des fractures en V, je renvoie le lecteur au tome I, pour tout ce qui concerne cette grave complication.

A la suite d'ulcères de la jambe, le périoste enflammé chroniquement peut déterminer par sa prolifération une ostéite hypertrophique du tibia

et du péroné. Nous nous en sommes occupé en étudiant les ulcères variqueux en général (V. t. I).

§ 7. — Lésions formatives de la jambe.

Rachitisme. — Déjà nous avons étudié, à propos des genu valgum et varum, les déformations rachitiques du membre inférieur. Mais souvent elles semblent ne pas atteindre le fémur et le genou, et se borner aux os de la jambe. Le rachitisme détermine un gonflement des extrémités de ces os, et l'incurvation à convexité externe de leurs diaphyses.

Dans quelques cas plus rares, la convexité est en dedans et même quelquefois elle varie dans les deux membres; externe sur l'un, elle est interne sur celui du côté opposé.

Pendant le jeune âge, alors que les os sont encore mous, on s'efforcera de les redresser par des appareils appropriés au genre et au degré de la déviation. Le traitement tonique général est surtout de rigueur absolue. Quand au contraire les os ont acquis leur solidité complète, et que déjà même ils présentent des points d'éburnation, on devra s'adresser aux procédés d'ostéotomie linéaire ou mieux cunéiforme; bien que dans quelques cas le redressement parfait n'ait pu être obtenu, la vie des malades ne court pas de dangers, les résultats sont excellents et ne peuvent qu'aller encore en s'améliorant par une perfection plus grande des procédés opératoires.

Tumeurs de la jambe. — On y a rencontré toutes les tumeurs possibles, des *épithéliomes*, des *fibromes*, des *sarcomes*, des *enchondromes*, des *ostéomes*, des *tumeurs érectiles* ou *pulsatiles* plus fréquentes dans l'épiphyse supérieure du tibia et enfin des *éléphantiasis* qui dans certains pays sont endémiques. Je renvoie, pour l'étude des caractères histologiques de ces différentes tumeurs, pour les symptômes qu'elles déterminent et pour les opérations dont elles sont susceptibles ou non, au tome I, chapitre des tumeurs en général, où elles ont été soigneusement étudiées.

ARTICLE VI. — MALADIES CHIRURGICALES DU PIED.

Nous les diviserons en lésions du cou-de-pied et de l'arrière-pied jusqu'au métatarse, et en lésions de l'avant-pied, métatarse et orteils.

Cou-de-pied et arrière-pied.

§ 1. — Lésions traumatiques. — Plaies.

Les plaies *par instruments piquants* sont fréquentes, clous de sou-

lier, aiguilles, échardes de bois, de paille, etc., que l'on rencontre sous le pied déchaussé. Ces petites plaies guérissent en général sans accidents. Il ne faut cependant pas perdre de vue que, dans la race nègre surtout, les plaies les plus simples du talon peuvent entraîner le tétanos. Il me suffira de dire qu'ici comme partout ailleurs les instruments piquants peuvent atteindre les vaisseaux.

Les plaies par instruments tranchants de la région tibio-tarsienne ou du dos du pied sont dues à des coups de faux, de serpette, de hache, etc., tandis qu'à la plante ce sont presque toujours des éclats de verre, des tessons de bouteille qui les déterminent. Ces plaies ont une profondeur variable; quelquefois superficielles, elles peuvent atteindre les articulations du tarse, sectionner les tendons et intéresser les vaisseaux et les nerfs dorsaux ou plantaires.

On arrêtera tout écoulement de sang, on liera les deux bouts des vaisseaux sectionnés, on enlèvera tous les corps étrangers, on réunira les nerfs s'il est possible, l'on suturera les tendons sectionnés, et si leurs bouts supérieurs ou celui de l'un d'entre eux ne peuvent être atteints en raison de la rétraction musculaire, on fixera le bout inférieur du tendon divisé sur un tendon voisin, pour que la contraction du muscle agisse plus tard sur les deux tendons à la fois. Après tout cela, on drainera, on suturera, et l'on appliquera un bandage ouaté ou un appareil destiné à immobiliser le membre dans la position qui relâche le mieux les bords de la plaie.

On connaît un cas d'arrachement total du pied dans l'articulation tibio-tarsienne, cet accident pourrait dans certaines circonstances se présenter, soit dans les ateliers industriels quand le talon ou le dos du tarse se trouvent pris dans un engrenage ou une poulie de transmission; on pourrait le rencontrer encore dans des cas d'explosion de mines ou de cartouches de dynamite. Il n'y aurait d'autre ressource que l'amputation.

Un corps pesant tombant sur le pied, une roue de voiture l'écrasant, telles sont, avec les projectiles, les fragments de roches, les causes principales des plaies contuses du pied. Très rarement, ces accidents graves sont bornés aux parties molles, presque toujours ils se compliquent de fractures ou de luxations des os du tarse ou du cou-de-pied, nous aurons donc à y revenir en étudiant ces dernières lésions.

Les plaies par projectiles de guerre ou autres qui atteignent le cou-de-pied ou l'arrière-pied peuvent, bien rarement il est vrai, ne léser que les parties molles, ne pas blesser l'articulation ni fracturer les os; c'est dans ces très rares conditions que l'on a vu des balles sectionner isolément le tendon d'Achille, presque toujours elles blessent les gaines synoviales tendineuses et entraînent ainsi des suppurations diffuses. Quand une ou plusieurs articulations sont ouvertes sans fracture des os, il s'ensuit des arthrites; les nerfs, les vaisseaux peuvent être déchirés,

d'où des hémorrhagies, des paralysies. Nous aurons à revenir plus loin sur tous ces accidents ainsi que sur les déformations du pied, consécutives aux sections des tendons et des nerfs.

§ 2. — Fractures du cou-de-pied.

A. FRACTURES TIBIO-TARSIENNES.

Ce sont presque toujours des fractures malléolaires par adduction, par abduction ou par divulsion; rappelons cependant que les fractures en V du tiers inférieur du tibia pénètrent toujours par leur trajet spiroïde jusqu'à la jointure et brisent la partie tibiale de la mortaise. Disons, en outre, que par suite de chutes d'un lieu élevé sur les talons, la mortaise comprise entre la résistance du sol et la puissance de la chute du corps peut être éclatée en plusieurs fragments, par suite de la pénétration du fragment supérieur dans l'épiphyse inférieure du tibia. Une violence extérieure qui frappe directement la face antérieure de l'extrémité tibiale peut aussi la briser, de même qu'un coup de pied lancé de côté sur le péroné peut en amener la fracture.

A. *Fractures par adduction.* — Un homme tombe à faux sur le pied de telle sorte qu'au moment du choc, la plante regarde en dedans, ou bien encore il fait un faux pas dans la même position, il va tomber et cherche par un effort violent à se redresser, tout le poids du corps et toute la force musculaire ont donc agi suivant une oblique qui tend à faire tourner l'astragale dans l'articulation de sa tête avec le scaphoïde, articulation que la présence du puissant ligament calcanééo-scaphoïdien inférieur (dont la face supérieure est encroûtée de cartilage diarthrodial) convertit en une sorte d'énarthrose. Le pied étant fixé dans cette position, le poids du corps ne se transmet plus à l'astragale suivant la verticale qui passe par le centre de gravité, mais en dehors de cette ligne, les ligaments latéraux externes sont très tendus, s'ils se déchirent une entorse est produite, s'ils résistent et si la malléole est moins résistante, son extrémité inférieure, sa pointe est arrachée, c'est alors une entorse compliquée d'arrachement qui s'est produite. Mais supposons avec Tillaux que la chute soit plus violente encore, l'effort musculaire plus grand, si les ligaments externes résistent ainsi que l'extrémité de la malléole externe, la jambe transmettra le poids du corps sur l'astragale suivant une résultante plus oblique encore, de telle sorte que le pied tout entier basculera de dehors en dedans et que la face interne de la poulie astragaliennne fera effort contre la malléole tibiale qu'elle repoussera en dedans et qu'elle brisera. En même temps le rebord supéro-externe de la poulie astragaliennne fera effort sur la malléole péronéale qui n'est réunie au tibia par des ligaments résistants qu'à 1 ou 1 centimètre et demi au-dessus de son extrémité inférieure. Cette épi-

physe cède et se brise au point de sa moindre résistance, à son collet rétréci; d'autres fois encore, quand au mouvement d'adduction simple s'ajoute une torsion du pied, le péroné, qui n'est solidement fixé au tibia qu'en haut et en bas, s'incurve en dedans et se rompt dans sa partie inférieure sus-malléolaire la plus amincie (1).

Quelquefois enfin, on peut constater une fracture de l'extrémité inférieure du tibia, voici comment elle se produit. Le péroné étant fracturé au-dessus des ligaments péronéo-tibiaux inférieurs, la mortaise est restée intacte et tout l'effort se reporte sur la malléole interne, si celle-ci résiste à son tour ainsi que le ligament latéral interne, le tibia se fracture dans son épiphyse inférieure tout près de la surface articulaire, il faut, pour que cette fracture puisse se produire, qu'il se soit fait en même temps une torsion suivant l'axe du membre, torsion qui brise les trabécules osseuses du tibia dont la disposition architectonique est dirigée en bas et très obliquement en dehors.

Dans toutes les fractures par adduction, l'astragale après avoir, par sa bascule, brisé la malléole externe ou même toutes les deux, reprend sa position normale, le pied n'est donc pas dévié. Quand il s'agit d'un simple arrachement de la pointe de la malléole externe, le cou-de-pied est gonflé en dehors et la pression sur la pointe fracturée est très douloureuse, la marche est impossible, ainsi que la station debout tout comme dans les entorses. Quand la fracture porte au contraire sur le collet de la malléole ou sur le tiers inférieur du péroné, le gonflement remonte plus haut, la douleur à la pression siège également plus haut à quelques centimètres au-dessus de la pointe malléolaire, la crépitation ne se constate que lorsqu'après avoir solidement fixé l'articulation scaphoïdo-astragalienne dans la main gauche qui saisit la plante à pleine main, on imprime avec la main droite dont le pouce est placé sur la malléole ou un peu au-dessus d'elle, des mouvements de latéralité au pied; le rebord externe de la mortaise étant brisé, ces mouvements deviennent possibles dans l'articulation tibio-tarsienne, et les surfaces brisées frottent l'une contre l'autre. Lorsque les deux malléoles sont brisées en même temps, le gonflement plus grand encore occupe toute la région, les mouvements anormaux de latéralité du pied dans son articulation tibio-tarsienne sont plus étendus encore et la crépitation est plus facile à constater.

B. *Fractures par abduction et par divulsion.* — Le mécanisme de ces fractures est inverse du précédent, le blessé a fait un faux pas ou est

(1) Cette description du mécanisme de la fracture par adduction s'éloigne en quelques points de celle de Tillaux, elle résulte des recherches que j'ai faites sur les mouvements du pied. Ces recherches sont faites par la méthode d'enregistrement graphique que j'ai exposée dans la thèse d'un des élèves de l'Institut anatomique que je dirige, de M. le Dr Dumur, sur les mouvements de pronation et de supination, elles feront partie d'un travail d'ensemble dans lequel je vérifierai graphiquement tous les mouvements articulaires du corps.

tombé de telle sorte que la plante de son pied regarde en dehors, au premier moment de l'accident le ligament latéral interne se rompt ou plus rarement arrache l'extrémité de la malléole interne, puis l'astragale ayant basculé comme dans le cas précédent presse par la face externe de sa poulie contre la malléole péronéale et la brise d'autant plus facilement que la pointe de celle-ci a rencontré le calcaneum qui lui offre un plan résistant. Si l'effort a été plus grand encore et si le ligament interne ne s'est pas rompu, la face interne de la trochlée astragalienne fracturera la malléole tibiale en même temps que la malléole externe.

Supposons maintenant que pendant la chute, le pied antérieur ait été pris dans une rainure ou enclavé entre des pierres, dans l'effort que fera le blessé pour dégager son pied l'astragale se tordra dans son articulation scaphoïdienne qui résistera en raison de la solidité de ses connexions osseuses et fibreuses, cette torsion sera donc reportée par la trochlée dans l'articulation tibio-tarsienne, et aux simples mouvements d'adduction et d'abduction se joindra une torsion autour de l'axe, c'est la *divulsion*, la partie la plus faible de la mortaise, la malléole externe cédera, et la fracture sera produite au niveau ou un peu au-dessus du collet de la malléole.

Dans les fractures par abduction, quand il ne s'agit que d'un simple arrachement de l'extrémité inférieure de la malléole interne, le pied n'est pas dévié; la douleur à la pression exercée au niveau du point de la rupture, le gonflement, l'impotence du membre, une ecchymose seront les seuls signes manifestes. Au contraire, quand la malléole externe est rompue, le pied se dévie en dehors et la plante regarde plus ou moins dans le même sens, sous l'influence de l'action prédominante des péroniers latéraux. La malléole est entraînée avec le pied, tandis que le fragment supérieur du péroné suit le tibia, il en résulte un enfoncement en *coup de hache* qui a son siège au-dessus de la malléole externe. Cet enfoncement, ce coup de hache, de même que le gonflement et les ecchymoses sont plus marqués encore quand la malléole interne s'est brisée simultanément avec la malléole péronéale. La pression sur les deux côtés du cou-de-pied détermine une vive douleur, les mouvements anormaux de latéralité sont faciles à produire et la crépitation peut se percevoir.

Un bon moyen pour reconnaître les fractures malléolaires, quand il n'existe pas de déviation du pied, quand les mouvements anormaux ne sont pas nettement accentués, a été donné par Larrey, il consiste à fixer d'une main le pied, et de l'autre la partie moyenne de la jambe, en la comprimant comme on le fait d'une pincette, une douleur vive se manifeste au-dessus de la malléole par le mouvement imprimé à la surface brisée, cette douleur indique la fracture.

Traitement. — Quand le pied n'est pas dévié, un bandage ordinaire

pour immobiliser la jointure, des compresses résolutive suffiront jusqu'à la disparition du gonflement, après quoi l'on appliquera un appareil inamovible, plâtré, silicaté, ou autre. Au bout d'un mois on fera exécuter des mouvements gradués au membre.

Lorsqu'il y a déviation et renversement du pied en dehors, on réduira et l'on appliquera un bandage avec l'attelle classique de Dupuytren. Quand le gonflement aura disparu on mettra un appareil inamovible ; la guérison se fera plus ou moins attendre suivant que les désordres articulaires auront été plus ou moins intenses ; en général on pourra enlever l'appareil au bout d'un mois, mais les raideurs articulaires persisteront longtemps encore, le massage, les douches, contribueront efficacement au rétablissement des fonctions.

B. FRACTURES DE L'ASTRAGALE.

Elles sont rares et dues à des chutes d'un point élevé, souvent l'os est écrasé et divisé en fragments multiples, d'autres fois c'est une fracture verticale qui divise l'astragale en deux moitiés latérales, d'autres fois encore la fracture porte au niveau du col de l'os et sépare la tête d'avec le trochlée. Dans la très grande majorité des cas, les fractures de l'astragale se compliquent de luxations de l'os avec ou sans plaie ou de fractures compliquées du cou-de-pied.

Traitement. — Quand la fracture de l'astragale est simple, ce qui est peu fréquent, il suffit, pour obtenir la consolidation, d'immobiliser par un appareil inamovible toute la région tibio-tarsienne ainsi que le pied. S'il existe une luxation concomitante et surtout s'il y a déchirure des téguments, les accidents très graves devront être traités comme nous le dirons quand nous étudierons les luxations de l'astragale.

C. FRACTURES DU CALCANÉUM.

Quand pendant une chute d'un lieu élevé le pied se trouve renversé en dehors, la résultante des deux forces obliques en haut et en dehors passe par la petite apophyse du calcaneum et peut la détacher. Quand le pied porté en dehors est en même temps très relevé par le triceps sural, la force se transmet par l'intermédiaire de l'astragale au devant de la grande apophyse du calcaneum, qui prise entre le sol résistant et le poids du corps se brise en deux ou plusieurs éclats. La voûte plantaire est alors effacée, le diamètre vertical du dos du pied jusqu'au sol est diminué, le calcaneum est élargi, l'épanchement sanguin envahit la région du cou-de-pied, mais en raison de la présence du ligament plantaire il ne gagne pas la plante. Cette espèce de fracture du calcaneum dite *par écrasement* n'est pas toujours facile à reconnaître, la crépitation ne se perçoit pas toujours très aisément, les complications de fractures

d'os voisins, de luxations tarsiennes, d'entorses viennent encore rendre le diagnostic plus obscur. Les douleurs sont intenses et s'exaspèrent au moindre mouvement du pied ; en effet, les nerfs dorsaux sont tirillés ou déchirés, les nerfs plantaires toujours comprimés par les fragments, aussi les symptômes de réaction des centres nerveux : délire, contractures spasmodiques, tétanos quelquefois, sont-ils à redouter.

Traitement. — On tentera d'autant moins d'obtenir une réduction quelconque que les douleurs seront plus grandes, on se bornera à l'emploi des résolutive, de l'immobilité, à un appareil plâtré quand les phénomènes inflammatoires et le gonflement auront disparu. Cet appareil devra rester en place pendant plusieurs semaines. Toujours une sorte d'ankylose fibreuse des articulations tarsiennes succédera à la guérison, le pied restera plus ou moins aplati ; une gêne, une impotence fonctionnelle, des douleurs en posant le pied par terre persisteront ; les massages, les douches, les frictions, l'électricité devront être employés.

On a décrit encore des fractures du calcaneum par *arrachement*. Les gastro-cnémiens contractés relèvent fortement le talon en haut pendant que la chute du corps agit sur les articulations tarsiennes et la rupture se produit ; la tubérosité du calcaneum restée appendue au tendon d'Achille, tirée en haut, s'écarte du reste de l'os ; cet écartement a pu atteindre jusqu'à 10 ou 15 centimètres ; les mouvements sont impossibles, les accidents fonctionnels sont les mêmes que dans la rupture du tendon d'Achille.

Traitement. — Il faut tâcher de relâcher le plus possible le triceps sural par flexion de la jambe sur la cuisse et flexion du pied sur la jambe ; les deux fragments se rapprochant alors, la crépitation pourra être perçue. On immobiliserait les parties dans cette position, mais elle sera bien difficilement supportée par le blessé, s'il le fallait on immobiliserait par un appareil inamovible le pied et la jambe dans la meilleure position, le cal serait fibreux, chose que du reste on évitera toujours fort difficilement, aussi la marche reste-t-elle toujours difficile et pénible après ces fractures.

Fractures par coups de feu. — Les fractures des os du tarse et du cou-de-pied par projectiles de guerre ou par éclats de mines sont fréquentes, il est bien difficile d'en faire une histoire d'ensemble, car toujours ou presque toujours plusieurs os sont fracturés à la fois, les articulations sont ouvertes, les tendons coupés ou détruits et leurs gaines dilacérées. Les épiphyses inférieures des os de la jambe, les os du tarse composés de tissu spongieux sont parfois traversés par les projectiles sans fractures irradiées, plus souvent elles éclatent en plusieurs fragments. Les balles, les éclats d'obus arrivés à la fin de leur course peuvent, ou plutôt pouvaient s'y incruster. Nous n'insisterons ni sur la gravité exceptionnelle de ces lésions qui déjà nous ont occupés à propos des fractures tibiales ; leur traitement sera toujours celui des plaies

articulaires ou osseuses par coups de feu : conservation qui avec les nouvelles méthodes devra donner, s'il est possible de les appliquer rigoureusement, les meilleurs résultats ; résection ou amputation quand les accidents sont trop graves, quand les parties molles sont détruites, les vaisseaux et les nerfs rompus.

§ 3. — Luxations du cou-de-pied et de l'arrière-pied.

A. LUXATIONS DU TIBIA.

Les plus fréquentes des luxations du cou-de-pied sont celles où le tibia est porté en dedans ou en dehors, elles ne sauraient se produire que lorsque, par une fracture malléolaire, la mortaise tibio-péronéale est brisée, aussi sont-elles toujours des complications des fractures par abduction ou par adduction. En réalité, c'est le pied tout entier qui avec l'astragale, passe en dehors quand le tibia est dit luxé en dedans et réciproquement. Nous conserverons cependant le nom classique de luxation du tibia pour ne pas faire confusion avec les luxations spéciales de l'astragale.

A. Luxation du tibia en dedans. — Le mécanisme de cette luxation est le même que celui des fractures par abduction, la force plus violente après avoir brisé la mortaise tibiale continue son action oblique et fait passer l'astragale en dehors du tibia. La malléole péronéale détachée du tibia par rupture des ligaments péronéo-tibiaux inférieurs, brisée quelquefois à son collet, est repoussée en dehors par l'astragale ; le cou-de-pied est donc élargi, l'axe du pied ne se continue plus avec celui de la jambe, sa face plantaire regarde en dehors et en bas ; au-dessus de la malléole externe on constate un enfoncement, le coup de hache que nous avons signalé plus haut. En raison du mouvement exécuté en dehors et en bas par l'astragale la malléole interne, qui ne s'est pas brisée, fait une grande saillie en dedans et peut même perforer la peau ; le bord externe du pied étant relevé, son bord interne est abaissé.

La douleur est extrême, les mouvements actifs impossibles. Tout mouvement communiqué au pied est des plus douloureux. Dans quelques cas plus graves encore, alors que la mortaise est tout à fait rompue, que la surface articulaire du tibia est elle-même brisée, on a pu constater des mouvements exagérés de latéralité du pied.

Les épanchements sanguins péri-articulaires et intra-articulaires sont considérables, le gonflement et les ecchymoses étendus.

Traitement. — Il faut réduire et ce n'est pas toujours aisé. Les douleurs que provoquent tous les mouvements, ainsi que la nécessité absolue du relâchement des muscles font au chirurgien une loi de la chloroformisation, puis la jambe étant fléchie sur la cuisse et une contre-extension solidement maintenue on tentera, par des mouvements

d'extension, de rotation combinés avec une pression latérale externe, de repousser l'astragale. Si l'on est appelé de bonne heure après l'accident, on usera des moyens de douceur, les tractions violentes réussissant rarement. La réduction opérée, on mettra le pied dans une gouttière, on combattra le gonflement et l'arthrite, puis on appliquera un appareil plâtré qui restera plusieurs semaines en place.

Ces luxations sont souvent compliquées de plaies comme toutes les luxations du pied. Nous ferons une étude d'ensemble de ces accidents.

B. Luxation du tibia en dehors. — Si la précédente variété se produit comme les fractures par abduction, c'est l'adduction qui détermine celles-ci.

Suivant que le déplacement de l'astragale est plus ou moins marqué, la plante du pied regarde plus ou moins en dedans ; l'axe de la jambe ne se continue plus avec celui du pied, souvent le péroné est brisé au-dessus de la malléole externe et celle-ci, repoussée par le tibia auquel elle reste adhérente, fait une saillie considérable sur le côté externe du cou-de-pied. La douleur, l'impuissance des mouvements actifs sont les mêmes que dans la luxation précédente.

Traitement. — On réduira, sans difficulté d'ordinaire, par les moyens que nous avons indiqués et l'on appliquera, aussitôt que le gonflement aura disparu, un appareil plâtré.

C. Luxation du tibia en avant. — Quand dans une chute sur le pied le talon est relevé en haut soit parce que la chute se fait sur un plan très oblique en bas, soit parce que la partie postérieure du pied pris dans une rainure s'y trouve enclavée, soit encore parce que la mortaise est détruite par la fracture des deux malléoles, l'astragale peut passer en arrière du tibia et cela d'autant mieux que le diamètre antérieur de la poulie astragalienne est moins large que son diamètre postérieur. Les ligaments interne et externe sont rompus, les ligaments péronéo-tibiaux résistent, mais le plus souvent l'effort brise le péroné au-dessus de la malléole. En raison de ce déplacement le talon fait une saillie considérable en arrière et la longueur du dos du pied est diminuée, les tendons extenseurs repoussés en avant par le tibia sont tendus comme des cordes, le tendon d'Achille fait au contraire saillie en arrière. La douleur est excessive au moment de l'accident, les mouvements volontaires du pied sont impossibles, et tout déplacement actif ou communiqué des surfaces articulaires renouvelle les douleurs. Il peut se faire que la luxation soit restée incomplète, que la poulie de l'astragale ait encore conservé des rapports avec la mortaise, les déformations sont alors moins complètes et dans certains cas, surtout quand à l'arrivée du chirurgien le gonflement est déjà considérable, on pourrait croire à une simple entorse ou à une fracture malléolaire externe. Ce n'est que par l'examen attentif de la région, par des mensurations précises de la saillie du talon et du raccourcissement du dos du pied que l'on s'assurera de l'existence de la subluxation.