

Traitement. — On fléchira la jambe sur la cuisse. On attirera le pied en totalité en élongation, on repoussera l'astragale en avant en même temps qu'on fléchira lentement et progressivement le pied en arrière de manière à faire rouler la poulie astragaliennne en avant. C'est alors surtout que l'effort avec les doigts sera efficace pour repousser cet os en avant. Si l'élasticité des gastro-cnémiens mise en liberté par la diminution de longueur du bras de levier antérieur s'opposait à la réduction on pourrait sectionner le tendon d'Achille par la méthode sous-cutanée. Après la réduction on maintiendra le pied et la jambe immobiles dans une gouttière, on combattra les accidents inflammatoires et l'on appliquera, dès qu'on le pourra, un appareil plâtré.

La partie inférieure du tibia qui fait saillir les tendons extenseurs en avant comprime également l'artère pédieuse en même temps que le talon déjeté en arrière allonge et étire la tibiale postérieure dans la coulisse calcanéenne, il en résulte nécessairement une gêne de la circulation de tout le pied qui, lorsqu'elle est portée à un degré suffisant, peut entraîner des gangrènes nécessitant quelquefois l'amputation.

On a signalé des cas où, chose assez difficile à comprendre, le chirurgien n'avait été appelé que tardivement, alors que déjà une ankylose était produite, fibreuse ou par points osseux périphériques; l'arthroclase aurait donné de bons résultats, mais je crois que les procédés d'ostéotomie seraient aujourd'hui préférables en pareils cas.

D. *Luxation du tibia en arrière.* — Ces déplacements sont des plus rares, le pied est allongé, le talon raccourci, la partie postérieure de la trochlée astragaliennne étant plus large que son bord antérieur, il faut pour que cette luxation se produise que la mortaise soit brisée, l'effort rompt la malléole externe ou l'extrémité inférieure du péroné. Quand la luxation est complète, ce qui est encore plus rare, le tibia pourrait, dit-on, passer en arrière de l'astragale et se mettre en rapport avec la face supérieure de la tubérosité calcanéenne (?). La réduction s'opérerait par des mouvements et des tractions inverses de ceux que nous avons indiqués dans la luxation en avant.

Complications des luxations tibio-tarsiennes.

Toutes les luxations tibio-tarsiennes, celles par abduction ou par adduction surtout, s'accompagnent fréquemment de déchirures des téguments. En effet, la saillie que les malléoles font en dedans ou en dehors dans les luxations latérales peut, quand la force est suffisante, déterminer une telle pression sur les téguments que la rupture s'ensuit. Déjà nous avons dit que les vaisseaux artériels peuvent être comprimés ou étirés, ils peuvent même, comme aussi les veines et les nerfs, être dilacérés par les fragments ou rompus par la saillie du tibia. On comprend donc qu'à la suite de toutes ces complications les luxations tibio-tar-

siennes peuvent donner naissance à des arthrites compliquées, à des phlegmons diffus, à des fusées purulentes, suites de suppuration des gaines tendineuses, à l'ostéomyélite suppurée, à des gangrènes par arrêt de la circulation artérielle ou par obstruction de la circulation de retour, à la pyohémie, à la septicémie.

Traitement. — Si jadis en présence des luxations compliquées du cou-de-pied, la règle était d'amputer la jambe, il n'en est plus de même aujourd'hui. En effet, lorsque la réduction n'est pas possible, l'on doit réséquer les extrémités osseuses qui s'y opposent, réduire ensuite, et mettre le membre dans une immobilité parfaite et dans la meilleure situation possible par l'application d'une gouttière d'abord et d'un appareil plâtré ensuite. La plaie articulaire sera traitée par le drainage, par les pansements rigoureusement antiseptiques que nous avons si souvent indiqués, l'ankylose sera toutefois inévitable, mais le membre conservé rendra encore de très utiles services au blessé.

Dans les cas où toutes les articulations tarsiennes seraient en même temps compromises, luxées ou broyées, où l'ostéomyélite et surtout la gangrène du pied seraient manifestes, dans ces cas seulement on aurait recours à l'amputation.

Alors même que des fusées purulentes remonteraient dans la jambe, on n'amputerait pas. On donnerait issue au pus en ouvrant largement les foyers purulents qu'on drainerait, qu'on détergerait antiseptiquement et on serait en droit d'espérer le plus souvent une guérison.

B. LUXATIONS DE L'ASTRAGALE.

Jusqu'à présent nous avons vu l'astragale se déplacer par rapport à la mortaise péronéo-tibiale, tout en conservant les connexions de sa tête avec le scaphoïde. Nous allons étudier rapidement les accidents qui se produisent quand les deux jointures sont simultanément rompues et que la luxation de l'astragale est dite *double*.

L'astragale énucléée de toutes ses articulations peut, quand la force agit suivant un des axes du pied, se porter en avant, en arrière ou latéralement; quand ce mouvement se complique d'une sorte de rotation autour de l'axe, l'astragale suit nécessairement la résultante des forces et la luxation est oblique et tordue en dedans ou en dehors suivant que le plus grand effort aura porté dans un sens ou dans l'autre.

C'est toujours à la suite de chutes avec torsion du pied que ces luxations se produisent, il faut que la force se transmette directement au niveau de la tête de l'astragale qui se déboîte d'abord et qui par son mouvement de propulsion entraîne la luxation du cou-de-pied. Toujours dans ces luxations le pied est dévié, l'astragale fait une saillie anormale dans un sens ou dans l'autre, les tendons forment des cordes péri-articulaires, les mouvements actifs sont impossibles.

Le plus souvent l'astragale est obliquement portée *en avant et en dehors*, de telle sorte que sa face inférieure repose sur le cuboïde et les cunéiformes, l'os déplacé fait alors une saillie volumineuse en avant du dos du pied, le pied est aplati de haut en bas, car la poulie astragaliennne portée en avant ne soutient plus le tibia qui est venu reposer sur le calcanéum. La malléole externe en raison du mouvement combiné d'abduction qui s'est produit fait saillie en dehors, la plante du pied est renversée en dedans et est en adduction.

Dans la luxation opposée, *en avant et en dedans*, les phénomènes sont inverses, le pied est en abduction la plante tournée en dehors, l'astragale fait toujours saillie en avant du dos du pied, mais cette saillie est reportée vers la gouttière calcanéenne qu'elle surplombe; il bascule souvent sur son propre axe comme si la partie postérieure de la trochlée avait été repoussée en avant et en bas à l'instar d'un noyau de cerise propulsé par l'action de deux doigts.

Les autres variétés de luxations doubles de l'astragale : *luxation directe en avant ou en arrière, luxation en arrière et en dehors, luxation en arrière et en dedans* sont de véritables raretés chirurgicales qui ne nous arrêteront pas.

Ajoutons un mot cependant sur les *luxations par rotation*; dans quelque plan qu'elles se produisent elles sont toujours le résultat de deux forces efficaces, l'une qui après avoir chassé l'astragale de ses connexions le repousse en avant, en arrière ou latéralement et l'autre qui pressant sur le rebord postérieur de sa poulie le fait basculer autour de son axe transversal de telle sorte qu'il peut se placer plus ou moins obliquement par rapport à l'axe vertical du corps ou encore verticalement et exécuter même une rotation complète, de sorte que sa face supérieure devienne inférieure et réciproquement. Je ne saurais admettre ces désordres sans plaie des téguments, sans déchirures des gaines tendineuses, sans lésions des vaisseaux et des nerfs. Quand la force agit très obliquement c'est l'une des faces latérales de l'astragale qui devient supérieure, l'os bascule alors autour de son axe antéro-postérieur.

Dans la majorité des cas de luxation de l'astragale les téguments sont rompus ou sphacelés par la pression de l'os luxé, la chute de l'eschare fait alors une plaie articulaire consécutive. La lésion du tissu connectif de la région, la rupture des gaines tendineuses, etc., donnent naissance à des phlegmons, à des fusées purulentes; les ruptures ou compressions vasculaires et nerveuses déterminent des gangrènes, des atrophies du pied.

Traitement. — Il faut toujours après la chloroformisation, qui souvent s'impose même pour l'examen du malade, tenter de réduire soit directement sans intervention opératoire, soit après avoir sectionné les tendons qui font obstacle, mais quand, dans les cas surtout où l'astragale basculé autour d'un de ses axes ne permet pas la réduction, quand

les téguments sont largement rompus, il faudrait en arriver à l'extirpation de l'os énucléé.

C. LUXATIONS ASTRAGALO-CALCANÉENNES, LUXATIONS SOUS-ASTRAGALIENNES.

Il peut arriver que par suite de la direction de la chute sur les pieds, la résultante des forces passe obliquement au-dessous de la mortaise péronéo-tibiale; l'effort se transmettra à l'articulation astragalo-scaphoïdo-calcaneenne, tandis que la jointure du cou-de-pied reste intacte et que l'astragale y reste fixée, tout comme dans l'amputation sous-astragaliennne.

L'astragale dans ces conditions et la jambe avec lui sont déplacés par rapport aux os du tarse, la luxation peut se faire *en avant*, ce qui est très rare, en *arrière* plus rare encore. Dans le premier cas l'astragale repose par sa face inférieure sur le scaphoïde et les cunéiformes; dans le second il s'appuie sur la tubérosité postérieure du calcanéum. Les déformations et les modifications dans la longueur de l'avant-pied découlent trop directement de ces données pour qu'il soit besoin d'y insister.

Les luxations sous-astragaliennes peuvent encore se faire en *d dehors* ou en *dedans*; dans le premier cas, le pied est en adduction forcée tandis que dans le second il est en abduction.

Dans toutes ces luxations l'astragale fait une saillie considérable du côté vers lequel il est déplacé, toujours l'avant-pied est raccourci ou allongé suivant que l'astragale s'est porté en avant ou en arrière de l'axe normal de la jambe. Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne qui n'est pas rompue sont conservés; ceux au contraire de rotation, d'abduction et d'adduction du pied sont abolis.

Très souvent ces luxations s'accompagnent de plaies des téguments.

Traitement. — Il faut tenter de réduire par l'extension et la contre-extension combinées avec des mouvements de latéralité, de rotation du pied dans le sens contraire à la position anormale prise par l'astragale. Avec les doigts on cherchera à repousser l'os vers sa cavité articulaire. Les plaies des téguments ne seront pas une contre-indication à la réduction.

Quand il est impossible de remettre les choses en place, on peut se borner à combattre les accidents inflammatoires, car l'on connaît un certain nombre de guérisons obtenues par l'expectation, sans trop d'impotence ultérieure des membres, mais souvent les accidents décrits à propos des luxations doubles de l'astragale surviennent, aussi vaut-il mieux, si les désordres sont graves, extirper l'astragale en ouvrant l'articulation tibio-tarsienne et en se conduisant comme nous l'avons dit

plus haut. Les méthodes antiseptiques permettront d'obtenir ainsi des résultats heureux.

D. LUXATIONS DU CALCANÉUM.

Il existe quelques faits épars de luxations du calcanéum dans ses articulations astragaliennes et cuboïdiennes, c'est à la suite de traumatismes violents que ces lésions se sont produites. Il semble que toujours c'est par une distorsion du pied pris par le talon entre deux plans résistants pendant que le corps du blessé tombait avec violence en se tordant autour de son axe.

E. LUXATIONS MÉDIO-TARSIENNES.

C'est suivant l'interligne de l'amputation de Chopart que se fait cette très rare luxation, c'est le cuboïde et le scaphoïde qui s'arrachent de leurs connexions avec le calcanéum et la tête de l'astragale. La puissance des ligaments qui maintiennent ces jointures, surtout en dedans, explique tout à la fois leur excessive rareté et les complications d'arrachement des os, de fracture, de déchirures des parties molles qui les accompagnent. On pourra tenter la réduction, ou l'extirpation de quelques os ou fragments détachés et énucléés par la pression réciproque des os de la jambe et de ceux du tarse et s'il le faut, quand les désordres seront trop graves, quand les accidents menaceront directement la vie du blessé, on enlèvera l'avant-pied par l'amputation de Chopart, mieux encore par la sous-astragaliennes et, s'il le fallait, on retrancherait tout le pied.

F. LUXATIONS INTER-CUNÉIFORMES.

On a signalé quelques cas dans lesquels les cunéiformes ou l'un d'entre eux avaient été expulsés de leurs articulations.

C'est par une compression latérale du pied, pendant une chute, ou par une action directe, le pied rencontrant un corps saillant, une pierre, que ces déplacements sont possibles. Les cunéiformes sont violemment expulsés de leurs articulations et, suivant la résultante des forces, ils sont projetés en avant ou en arrière et énucléés pour ainsi dire. En raison de leur forme on comprend que ces os doivent être repoussés vers le dos du pied où ils font saillie.

Ajoutons enfin pour terminer cette étude que lorsque le traumatisme est violent, passage d'une roue de voiture, éclatement de mine, etc., toutes ces variétés de fractures, de luxations du pied se combinent et qu'au milieu des désordres produits il est bien difficile de reconnaître ce qui appartient à telle ou telle lésion.

Jadis les accidents d'arthrite, d'ostéite, d'ostéomyélite, etc., étaient tels que l'amputation s'imposait et c'est souvent d'après l'examen des pièces enlevées que l'on faisait les descriptions pathologiques. La même chose pourra se reproduire encore, mais aujourd'hui le nombre des cas où le sacrifice du membre s'impose est beaucoup plus restreint.

§ 4. — Lésions nutritives.

A. PHLEGMONS.

A la suite d'excoriations, de lymphangites, de plaies superficielles, des phlegmons superficiels peuvent se développer au pied, il suffit de les signaler, car ils ne présentent rien de particulier. D'autres fois c'est le tissu connectif sous-aponévrotique qui s'enflamme et suppure, le phlegmon est alors profond. C'est surtout à la suite de contusions violentes dans une chute sur les pieds, ou encore par extension de l'inflammation des gaines tendineuses des fléchisseurs et des péroniers latéraux que les phlegmons profonds apparaissent. Le pus est bridé par l'aponévrose plantaire si résistante, tout comme à la paume de la main nous l'avons vu bridé par l'aponévrose palmaire. Les douleurs sont vives, la réaction générale intense, toute la plante peut être envahie par la suppuration. Tout le pied, dos et plante, est envahi par un œdème considérable dû à la gêne de la circulation de retour.

La fluctuation n'est pas facile à découvrir en raison de l'épaisseur des tissus, et cependant dès que le chirurgien soupçonnera l'existence du pus, il devra lui donner une large issue; c'est par des incisions latérales et en décollant successivement les couches musculaires vers le milieu de la plante que l'on arrivera sur le foyer phlegmoneux, on évitera ainsi les vaisseaux plantaires. Une fois ouvert le phlegmon sera lavé antiseptiquement et drainé. Les lavages seront continués jusqu'à cicatrisation complète. On se servira de l'incision pour s'assurer si des parties osseuses quelconques sont altérées, et on les enlèverait ou on les ruginerait s'il était nécessaire.

B. ARTHRITES ET PÉRI-ARTHRITES AIGUES.

L'arthrite tibio-tarsienne aiguë n'offre rien de particulier, son histoire ressemble à celle de toutes les arthrites et ne nécessite aucune description spéciale. Mais tout à l'entour de cette articulation se trouvent des bourses séreuses normales, accidentelles ou professionnelles : bourse rétro-calcanéenne, bourse sous-calcanéenne, bourses malléolaires qui peuvent s'enflammer, se remplir de sérosité, ou même suppurer, nous ne reviendrons pas sur ces accidents que nous avons décrits plusieurs fois déjà.

Tout à l'entour du cou-de-pied existent des gaines synoviales tendineuses, qui appartiennent aux tendons des jambiers, des exten-

seurs, des fléchisseurs et des péroniers latéraux. Ces gaines que je suis le premier à avoir fait connaître dans ma thèse inaugurale (Strasbourg, 1856) (1) peuvent à leur tour s'enflammer et suppurer alors surtout qu'elles sont irritées par voisinage, par traumatisme et même, rarement il est vrai, par diathèse arthritique ou goutteuse.

Elles peuvent donner naissance à des fusées purulentes qui remontent le long de la jambe ou qui par les péroniers et les fléchisseurs s'étendent à la plante du pied. On a dit que la blennorrhagie pouvait déterminer l'inflammation des gaines tendineuses en général et que celles du pied comme toutes les autres subissaient quelquefois cette évolution spécifique.

Déjà j'ai dit ce que je pensais de l'infection générale de l'économie par le virus blennorrhagique, je n'insiste pas. L'histoire pathologique des gaines tendineuses en général a été faite dans le tome I, j'y renvoie le lecteur.

A toutes ces lésions tendineuses péri-articulaires, il nous faut joindre encore la *luxation des tendons péroniers*. Dans une chute sur les pieds en adduction, l'effort obliquement dirigé en bas et en dehors peut rompre la gaine des péroniers latéraux dont les tendons n'étant plus retenus dans leur gouttière osseuse sont déplacés et décrivent la corde de leur courbure normale. Il faut admettre dans le mécanisme de cette luxation tendineuse que la contraction énergique des muscles agit simultanément avec la chute, le sujet cherchant à se retenir et à renverser en dehors le pied en adduction. La corde tendineuse déplacée fait saillie sous la peau, en avant de la gouttière des péroniers ; quand on repousse les tendons avec les doigts, ils reprennent facilement leur situation régulière et leur rentrée dans la gouttière s'accompagne d'un bruit sec, mais le moindre mouvement d'adduction reproduit le déplacement.

Au moment de l'accident le blessé a senti une douleur très vive, un coup de fouet, il tombe et la douleur, que le plus léger mouvement réveille, l'empêche de se tenir sur son pied. Un gonflement considérable et une ecchymose malléolaire étendue se manifestent.

Traitement. — Après la réduction, toujours facile quand aucune entorse ne vient compliquer la lésion, une immobilisation du pied par un appareil inamovible plâtré amènera la guérison. Ajoutons cependant que dans quelques cas, la réduction n'ayant pu être obtenue, le déplacement persistait, mais la marche bien que gênée restait possible.

C. ARTHRITES TUBERCULEUSES.

A. *Tumeur blanche tibio-tarsienne.* — C'est surtout à la suite d'entorses mal soignées que chez des sujets scrofuleux se développent ces tumeurs

(1) Tous les auteurs qui depuis lors ont parlé de ces gaines tendineuses ont suivi la description que j'en avais donnée.

blanches. La jointure reste gonflée, les mouvements sont impossibles ou très gênés, les douleurs peu vives. Comme dans toutes les arthrites tuberculeuses, c'est tantôt la synoviale et tantôt les os qui sont primitivement atteints par l'infiltration bacillaire. Comme toujours aussi, l'arthrite devient fongueuse, les gaines tendineuses périphériques se prennent à leur tour ; bientôt les ligaments se relâchent, se détruisent, les abcès péri-articulaires se produisent, s'ouvrent et le pourtour de la jointure présente un nombre plus ou moins grand de fistules par lesquelles sort le pus osseux caractéristique. Les douleurs deviennent vives, intolérables quelquefois, la jambe s'atrophie, l'état général devient mauvais. L'affection osseuse ne s'arrête pas au cou-de-pied, elle envahit souvent les autres os du tarse et de nouvelles fistules s'établissent. Alors même que les accidents n'atteignent pas ce degré extrême de gravité, alors que la maladie reste localisée au cou-de-pied, les os du tarse quoique non envahis par les granulations tuberculeuses éprouvent toujours une sorte de transformation stéatosique, une raréfaction qui les rend friables.

Traitement. — Quand la tumeur blanche n'est pas encore suppurée on peut espérer en obtenir la résolution. C'est au traitement général par tous les toniques possibles, aux bains de Salins, de Salies, et surtout au séjour à la mer que l'on s'adressera pour refaire l'économie. Les accidents locaux seront combattus par l'immobilisation du pied placé à angle droit sur la jambe. La jambe, le cou-de-pied et le pied lui-même seront entourés d'une couche épaisse d'ouate compressive et le tout sera maintenu dans une gouttière plâtrée. Les révulsifs de toute nature sont employés, je donne la préférence aux cautérisations ponctuées fréquemment répétées. Si des abcès péri-articulaires se produisent, on les ouvrira, on les drainera ainsi que tous leurs clapiers, on y injectera des liquides détersifs, des solutions irritantes ou caustiques. La liqueur de Villatte a joui d'une grande vogue, j'en ai vu résulter des accidents toxiques et ne saurais donc la recommander.

Mais déjà, quand les abcès péri-articulaires sont établis, il est bien tard pour espérer la résolution, déjà l'arthrite tend à suppurer ou même suppure et les opérations sanglantes sont devenues nécessaires. Ainsi qu'on l'a dit à juste titre, la mortaise pério-tibiale ne se prête que difficilement, en raison de sa forme, au curage, au grattage des os altérés, et pour se donner du jour, Ollier, qui à Lyon se trouve aux prises avec une très grande quantité de tumeurs blanches de toute nature, pense qu'il est préférable, dans le cas qui nous occupe, d'extirper l'astragale. On peut alors arriver aisément sur toutes les surfaces cariées, les ruginer, les râcler ou les enlever. Les résultats consécutifs à cette opération sont des plus favorables, même au point de vue fonctionnel.

Quand les altérations sont plus profondes encore, on peut réséquer le cou-de-pied, toute la mortaise et une partie plus ou moins grande de

la poulie astragalienne seront enlevés. Cette opération donnait autrefois une grande mortalité, il n'en est plus de même de nos jours, grâce à l'antisepsie.

Enfin quand les désordres sont plus avancés encore, quand surtout les os du tarse sont pris à leur tour, il ne reste que la ressource de l'amputation qui, pour s'éloigner le plus possible du foyer tuberculeux, se fera au lieu d'élection.

B. Tumeurs blanches du pied. — Ces affections sont fréquentes; comme partout ailleurs, elles débutent au pied soit par les synoviales, soit par les os, mais plus fréquemment par ces derniers. Toujours aussi c'est à un traumatisme brusque ou souvent répété qu'est due la poussée tuberculeuse. On décrivait jadis une nécrose centrale du calcaneum à la suite de chute sur le talon, on sait aujourd'hui que c'est toujours en pareil cas un séquestre détaché et mobile dans une cavité due à une ostéite tuberculeuse, analogue aux séquestres que nous avons décrits dans les corps vertébraux. Les articulations astragalo-calcaneenne et calcaneéo-cuboïdienne ne communiquant pas avec les autres articulations du pied, les tumeurs blanches qui s'y développent ont peu de tendance à gagner les autres jointures du tarse, il n'en est pas de même quand l'ostéo-arthrite a débuté par l'une de ces dernières, toute la deuxième rangée du tarse est envahie rapidement.

Les gaines tendineuses périphériques aux articulations malades sont envahies de bonne heure; les abcès péri-articulaires, les fistules se développent comme toujours, les os sont friables à l'excès, le stylet s'y enfonce. Le pied est gonflé, surtout dans la région dorsale où les os affleurent sous la peau. Les mouvements, la station debout sont impossibles, les douleurs sont vives, l'état général mauvais, et quand la suppuration intervient, la fièvre hectique mine le malade qui succombe à l'épuisement ou à la généralisation de la tuberculose.

La suppuration est la règle dans les cas d'arthrite tuberculeuse du tarse; chez les enfants en bas âge seulement, on peut espérer une résolution.

Traitement. — Comme dans la tumeur blanche tibio-tarsienne, on combattra les accidents au début par l'immobilisation, les cautérisations ponctuées, etc., et par le traitement général.

Mais quand la suppuration est intervenue, il faut opérer. Au lieu de faire des râclages, des curages trop insuffisants dans cette région où les os et les articulations sont si multipliés, mieux vaut se donner du jour et énucléer suivant les cas soit l'astragale, soit le calcaneum, soit les os de la deuxième rangée du tarse, en totalité, ou tout au moins ceux qui sont atteints.

On a même pratiqué avec succès (Mikulicz) l'extirpation de tout l'arrière-pied et l'on a soudé par ankylose l'avant-pied à l'articulation tibio-tarsienne, le malade marche alors sur ses orteils sans trop de gêne.

Quand enfin les accidents nécessitent l'ablation totale du membre par

l'extension de la tumeur blanche à tout le pied, on choisira parmi tous les procédés d'amputation partielle celui qui conviendra le mieux et, s'il le faut, on amputera la jambe.

D. OSTÉO-ARTHRITE DES ADOLESCENTS (TARSALGIE).

Nous avons déjà à plusieurs reprises indiqué des accidents d'ostéo-arthrites, non tuberculeuses, qui se produisent chez des adolescents au moment où la poussée de grandition exagère la nutrition des épiphyses et des os courts. Si à ce moment un traumatisme, une grande fatigue répétée interviennent, l'articulation surfatiguée pourra s'enflammer. C'est ce qui arrive quelquefois dans les os du tarse, la trame spongieuse des os dont la nutrition est exagérée fait disparaître par érosion, par ulcération les cartilages qui se résorbent, et bientôt les os voisins se soudent entre eux.

Une pression quelconque sur la région malade, région qui est d'ordinaire l'interligne de Chopart, détermine des douleurs vives, aussi la marche est-elle impossible, ou tout au moins très difficile, les muscles péroniers latéraux se contractent et leurs tendons font saillie sous la peau. Cette contracture des péroniers est-elle primitive, ou n'est-elle due qu'à des réflexes? Cette question de physiologie pathologique est encore fort obscure. Pour mon compte je l'attribuerais plus volontiers à un phénomène réflexe dû à l'irritation permanente des gaines tendineuses des péroniers, à celle du long péronier, surtout qui, à la plante du pied, croise les articulations du tarse et est dans la coulisse cuboïdienne en rapport de voisinage avec la jointure calcaneéo-cuboïdienne.

Quoi qu'il en soit, toujours le pied est déjeté en dehors comme dans un valgus, et sa voûte plantaire est exagérée; l'articulation tibio-tarsienne n'étant pas malade, les mouvements de flexion et d'extension du pied restent normaux, mais ceux de rotation, d'adduction et d'abduction qui appartiennent aux articulations du tarse sont devenus impossibles. La déviation du pied disparaît par le repos. Plus tard le mouvement de torsion du pied dû à la contracture des péroniers s'exagère, le valgus est complet et la voûte plantaire s'aplatit, la déviation persiste pendant le repos, mais elle disparaît durant le sommeil chloroformique. Plus tard encore la contracture est devenue absolue et organique, de telle sorte que l'anesthésie ne la fait pas disparaître. Tous ces phénomènes évoluent lentement et l'ankylose finit par en être la conséquence.

Traitement. — L'immobilisation suffit dans les premiers temps pour amener une guérison qui n'est quelquefois que passagère. Quand le valgus ne disparaît plus par le repos, on appliquera après la chloroformisation un appareil inamovible, et enfin quand les péroniers sont absolument contracturés on sectionnera leurs tendons par la ténotomie sous-cutanée.