

plus ou moins prononcé du pied en dehors, d'une véritable subluxation.

Il s'en produit souvent un autre qui passe plus facilement inaperçu : c'est un déplacement antéro-postérieur, le tibia venant se porter plus ou moins loin en avant sur le col de l'astragale jusqu'à surplomber le scaphoïde.

Cette variété de fracture fut bien décrite par Dupuytren; les auteurs qui reprochent à ce grand chirurgien d'avoir exagéré les symptômes de la fracture du péroné oublient que sa description ne se rattache qu'aux fractures par abduction et nullement aux fractures par arrachement de la malléole externe, qui ne s'accompagnent d'aucun déplacement et restent souvent douteuses. A l'époque de Dupuytren, d'ailleurs, ces dernières étaient presque toujours conduites avec des entorses. Dupuytren avait donc principalement en vue les fractures par abduction, accompagnées de subluxation du pied en dehors, et son appareil répondait exactement à l'un des buts que l'on doit se proposer, c'est-à-dire ramener et surtout *maintenir* le pied en dedans.

Ce qu'il y a de caractéristique, en effet, dans cette fracture, c'est la facilité avec laquelle se reproduit le déplacement latéral; il faut donc éviter soigneusement la tension de la peau sur le bord tranchant que présente la malléole interne, ce qui ne tarderait pas à produire une escarre. De plus, il est bon de savoir que, si l'on ne corrige pas complètement les deux déplacements, la marche restera toujours pénible et qu'une opération difficile pourra seule rendre plus tard au pied l'intégralité de ses fonctions. Il n'existe pas de fracture dont le traitement soit plus important que celui des fractures bimalléolaires par abduction (Voy. mon *Traité de chirurgie clinique*); nous avons heureusement aujourd'hui ce que ne possédait pas Dupuytren : l'appareil à attelles plâtrées de Maisonneuve. Cet appareil, aussi simple qu'utile, permet, après une bonne réduction, de maintenir le pied absolument immobile durant tout le cours du traitement, ce que nous avons auparavant tant de peine à obtenir.

CHAPITRE VI

Pied.

Le *pied* est l'extrémité libre du membre abdominal. Présentant avec la main de grandes analogies, il en diffère en ce que, au lieu d'être placé sur le prolongement du segment de membre qui lui fait suite, il forme avec lui un angle droit et se trouve situé dans un plan horizontal, de façon à fournir un large et solide point d'appui au corps tout entier. Lorsqu'il cesse d'occuper ce plan, la marche devient impossible; c'est ce que l'on voit dans les diverses espèces de pieds bots. On l'observe encore quand, à la suite d'une immobilisation prolongée, le pied s'est ankylosé sur la jambe, à angle obtus, par exemple : le poids du corps porte alors sur les orteils, qui sont impuissants à le supporter, d'où le précepte capital, dans le traitement des affections du pied, de toujours maintenir cette partie rigoureusement à angle droit sur la jambe.

Le pied est d'un tiers environ plus long que la main; il s'élargit d'arrière en