

on le reconnaîtra facilement à sa non-localisation dans le creux poplité, car la néoplasie porte sur toute l'extrémité supérieure du tibia et présente les signes que nous avons retracés plus haut.

Mais, dans le creux poplité, il existe une catégorie de *sarcomes* assez rares du reste, nés aux dépens du *fascia lata* et ayant une physionomie un peu particulière. Cette tumeur, après être restée latente pendant des mois, prend soudainement une évolution très rapide. Elle se rencontre particulièrement chez l'homme, donne lieu à des douleurs parfois très vives, débute bien entendu par le côté externe du creux poplité et ne tarde pas à devenir adhérente aux parties profondes et même plus tard à la peau. Sa consistance est irrégulière et présente de la fluctuation par places, ce qui est dû à la présence assez fréquente de kystes dans son intérieur. Enfin elle ne présente que très rarement du retentissement ganglionnaire du côté du pli de l'aîne.

RÉGION DU COU-DE-PIED OU TIBIO-TARSIENNE

ANATOMIE CLINIQUE. — EXPLORATION

La région du cou-de-pied doit être limitée, ainsi que l'in-

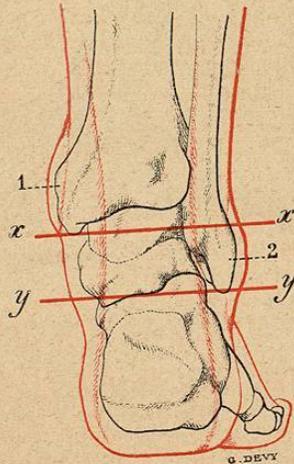


Fig. 59. — Extrémité inférieure vue par la face postérieure.

1, malléole tibiale. — 2, malléole péronière. — *xx*, ligne horizontale menée par le sommet de la malléole interne. — *yy*, ligne horizontale menée par le sommet de la malléole externe.

diquent Velpeau et Richet, de la façon suivante: en haut, par une ligne circulaire passant à la base des deux malléoles;

en bas et en avant, par une ligne également transversale passant à 2 centimètres au-devant de l'extrémité inférieure du tibia, et sur les parties latérales, par une autre ligne qui, par-

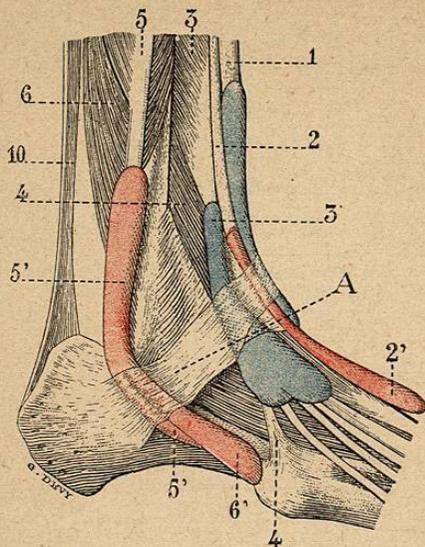


Fig. 60. — Gaines synoviales du cou-de-pied (face externe).

1, jambier antérieur et sa gaine. — 2, extenseur propre du gros orteil. — 2', sa gaine. — 3, extenseur commun avec 3', sa gaine. — 4, péronier antérieur dont la gaine est commune avec celle de l'extenseur commun. — 5, long péronier latéral. — 5', sa gaine. — 6, court péronier latéral. — 6', sa gaine distincte en bas de même que celle du long péronier latéral, la figure montre bien que ces deux gaines sont communes en haut. — 10, tendon d'Achille. — A, ligament annulaire.

tant des insertions calcanéennes du tendon d'Achille et passant à 1 centimètre au-dessous des malléoles, vient rejoindre les extrémités de la ligne transversale antérieure.

Ainsi comprise, la région du cou-de-pied a pour squelette les extrémités inférieures du péroné et du tibia et la poulie de l'astragale, formant l'articulation tibio-tarsienne.

Cette région présente des saillies et des dépressions qu'il est important de bien connaître.

Les saillies sont représentées, sur les côtés, par les malléoles dont le relief est très variable suivant les sujets.

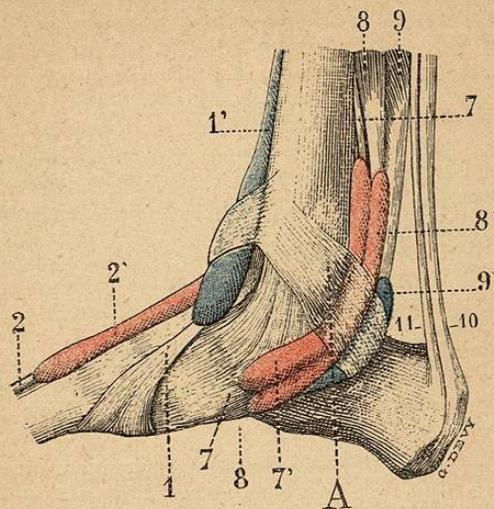


Fig. 61. — Gaines synoviales du cou-de-pied (face interne).

1, jambier antérieur. — 1', sa gaine. — 2, extenseur propre du gros orteil. — 2', sa gaine. — 7, jambier postérieur. — 7', sa gaine. — 8, fléchisseur commun. — 8', sa gaine. — 9, fléchisseur propre du gros orteil. — 9', sa gaine. — 10, tendon d'Achille. — 11, tendon du plantaire grêle. — A, ligament annulaire.

La *malléole externe*, moins large, plus pointue que l'interne, descend plus bas qu'elle (fig. 59), et se trouve sur un plan postérieur à cette dernière; elle a un véritable sommet, quelquefois arraché dans les entorses; la *malléole interne* est plus large et se termine en bas, non par un sommet, mais par un véritable bord, dont l'exploration n'est pas toujours facile.

En arrière, on trouve la saillie du *tendon d'Achille*, for-

mant, à l'état normal, une courbe légèrement concave en arrière.

Sur le côté externe du cou-de-pied (fig. 60), en arrière de la malléole externe, on rencontre la *gaine des péroniers latéraux* qui, d'abord commune aux deux tendons, se dédouble en bas; elle prend naissance à 3 ou 4 centimètres au-dessus du sommet de la malléole externe et s'arrête, en bas, au niveau de l'articulation calcanéocuboïdienne.

A la *région interne* (voir fig. 61) il y a *trois gaines*, qui sont, en allant d'avant en arrière: celle du *jambier postérieur*, celle du *fléchisseur commun des orteils*; enfin, celle du *fléchisseur propre du gros orteil*; toutes se terminent, en bas, à peu près au niveau du scaphoïde, par en haut la dernière ne s'étend guère à plus de 2 centimètres au-dessus de l'interligne tibio-tarsienne, tandis que celle du jambier postérieur et celle du fléchisseur commun remontent à 4 centimètres au-dessus du point de séparation des surfaces articulaires tibio-tarsiennes.

N'oublions pas, enfin, dans les organes séreux du cou-de-pied, la *bourse rétro-calcanéenne* qui se trouve, entre la face antérieure du tendon d'Achille et la face postérieure du calcaneum.

Signalons, en terminant, la présence à la région antérieure du cou-de-pied, des vaisseaux tibiaux antérieurs (artère et ses veines, nerf) du nerf musculo-cutané; à la région interne, celle des vaisseaux tibiaux postérieurs (artère, veines, nerf). Rappelons qu'ainsi que l'a fait remarquer Manec l'artère tibiale postérieure répond au milieu de l'intervalle qui sépare le tendon d'Achille de la malléole interne; et qu'il est toujours prudent, dans les traumatismes graves qui portent sur la jambe, d'aller chercher le pouls rétro-malléolaire, car la cessation de ses battements doit faire craindre la gangrène dans les parties sous-jacentes au point atteint.

En avant, on rencontre une *série de cordons* qui s'accusent, surtout, dans le mouvement d'extension des orteils, et qui ne sont autres que le relief formé par les *tendons* qui sont, en allant de la malléole interne vers l'externe, ceux du *jambier antérieur*, de l'*extenseur propre du gros orteil*, de l'*extenseur commun* et, enfin, du *péronier antérieur*. (Voir fig. 60.)

Entre le tendon du jambier antérieur et le bord antérieur de la malléole interne d'une part; d'autre part, entre celui du péronier antérieur et le bord antérieur de la malléole externe, se trouve une *dépression* nettement accusée. La synoviale de l'articulation tibio-tarsienne n'est, là, recouverte que par un peu de graisse et la peau; aussi est-ce dans les *dépansions pré-malléolaires interne et externe* que se montre le gonflement, quand l'articulation tibio-tarsienne contient du liquide ou des fongosités.

De chaque côté du tendon d'Achille, se trouve également une dépression profonde où la synoviale distendue, forme quelquefois aussi, une certaine proéminence; mais, ce n'est que quand les lésions tibio-tarsiennes sont très accusées, car la membrane séreuse est bridée, en ce point, par les gaines des tendons qui passent derrière les malléoles. C'est surtout dans les tuberculoses qui affectent la partie postérieure du calcaneum ou dans celles, plus rares, qui atteignent primitivement la bourse séreuse rétro-calcanéenne, interposée à l'os du talon et au tendon d'Achille, dans les tuberculoses des gaines rétro-malléolaires, fréquentes, qu'on voit disparaître les dépressions qui se trouvent entre les malléoles et le tendon du triceps sural.

L'*interligne de l'articulation tibio-tarsienne* est assez exactement indiqué par une ligne transversale, tirée en avant de la région tibio-tarsienne, et commençant à 1 centimètre et demi environ au-dessus du bord inférieur de la malléole interne (Gray). Il existe, dans les entorses tibio-tarsiennes, des points douloureux, au niveau des attaches des ligaments qui unissent les surfaces articulaires.

Le *ligament latéral externe* de l'articulation tibio-tarsienne se compose, on le sait, de trois faisceaux: l'un postérieur, l'autre externe, l'autre antérieur. Le faisceau postérieur, dit encore péronéo-astragalien postérieur, ne peut être exploré à ses attaches, par la palpation, car son insertion péronière est recouverte par les tendons péroniers latéraux, et son insertion astragalienne masquée par le tendon d'Achille; le faisceau externe ou péronéo-calcanéen, recouvert à sa partie moyenne par les péroniers latéraux, reste accessible, en haut à son insertion malléolaire, en bas à son insertion calca-

néenne ; mais, c'est surtout le faisceau antérieur, dit péronéo-astragalien antérieur, qui est bien exposé pour la palpation, et très souvent, dans les entorses par adduction du pied, on rencontre, à son insertion inférieure au col de l'astragale, un point excessivement douloureux.

Quand on soupçonne une lésion du *ligament latéral interne*, recouvert par les tendons rétro-malléolaires internes, c'est au niveau du bord inférieur de la malléole interne et, d'autre part, au niveau d'une ligne qui part de la scaphoïde, passe par le col de l'astragale, la petite apophyse du calcaneum, et s'arrête à un tubercule qui se trouve à la partie la plus reculée de la face interne de l'astragale ; en d'autres termes, sur une ligne commençant au tubercule du scaphoïde, passant à un bon travers de doigt au-dessous du bord inférieur de la malléole interne et venant aboutir sur le plan de la face supérieure du calcaneum, qu'on doit chercher la douleur.

Ce plan peut être senti, en introduisant la pulpe de l'index, en avant du bord interne du tendon d'Achille, surtout quand le pied est dans l'extension (flexion plantaire).

Souvent aussi, dans les entorses tibio-tarsiennes, si fréquentes, l'*articulation péronéo-tibiale inférieure* est intéressée, et elle traduit ses lésions par un point douloureux qu'on trouve immédiatement en dedans et au-dessus du bord antérieur de la malléole externe. L'articulation tibio-tarsienne ne jouit en réalité que de deux mouvements, la flexion et l'extension ; mais, il y a, dans l'articulation du cou-de-pied, un peu de mobilité latérale lorsque le pied est dans l'extension (Gray). Cela dépend de la forme de la surface articulaire de l'astragale, qui est beaucoup plus large en avant qu'en arrière et aussi, de celle de la mortaise tibio-péronière qui présente une disposition analogue ; dans l'extension complète du pied sur la jambe, la partie la plus étroite de l'astragale est logée dans la partie la plus large de la mortaise, d'où un certain degré de mobilité latérale. Ceci a une grosse importance à cause du signe dit du *ballotement astragalien* qu'on rencontre dans les fractures malléolaires.

Ici, quand le pied est à angle droit sur la jambe, on peut provoquer, dans l'interligne tibio-tarsien, des mouvements anormaux de latéralité et sentir, ainsi, le choc de l'astra-

gale sur les parois latérales de la mortaise. « Pour bien obtenir le ballotement, qu'on peut confondre avec les mouvements anormaux de latéralité dans l'articulation sous-astragaliennne, il importe, pendant que d'une main on immobilise la jambe, de bien embrasser avec l'autre toute la région malléolaire. Il faut imprimer au pied un mouvement de totalité en dedans ou en dehors et non pas une sorte de torsion sur place. » (Tillaux.)

Les *mouvements du pied sur la jambe* sont fort complexes ; outre ceux d'extension et de flexion qui, comme nous venons de le dire, se passent dans la tibio-tarsienne, il existe aussi un mouvement de circumduction du pied sur la jambe, et il est très étendu ; il se passe, à la fois, dans l'articulation tibio-tarsienne et dans l'articulation calcanééo-astragaliennne dite encore sous-astragaliennne ; le pied tourne également sur la jambe, et la rotation se fait en partie dans la tibio-tarsienne et surtout dans la médio-tarsienne ; il présente enfin des mouvements d'adduction et d'abduction, qui ont pour siège principal l'articulation sous-astragaliennne.

De telle sorte que les mouvements qui appartiennent aux trois articulations principales du pied : tibio-tarsienne, sous-astragaliennne, médio-tarsienne, peuvent être ainsi présentés :

Articulation sous-astragaliennne.	{	<i>adduction.</i>	
		<i>abduction.</i>	
		<i>Rotation très prononcée.</i>	
Articulation médio-tarsienne.	{	adduction	} très bornées.
		abduction	
	{	extension	} extrêmement limitées.
		flexion	
Articulation tibio-tarsienne.	{	<i>flexion</i>	} très prononcées.
		<i>extension</i>	
	{	Légers mouvements d'adduction et d'abduction qui se passent autour d'un axe vertical longeant la face latérale externe de l'astragale.	

Dans les mouvements complexes du pied, tels que ceux, par exemple, qui ont pour but l'abaissement de sa pointe

en bas et en dedans, où son élévation en haut et en dehors, toutes les articulations que nous venons d'étudier, entrent en jeu, leurs mouvements se combinent; aussi, faut-il les examiner toutes, dans les entorses, et, selon que la douleur sera plus vive, dans tel ou tel mouvement, l'attention sera attirée du côté de l'articulation où il a son principal centre, et la palpation de l'interligne permettra, en confirmant le siège de la douleur, de porter un diagnostic précis.

Au cou-de-pied, comme au poignet, son analogue, on rencontre de nombreuses *gaines séreuses* qui, souvent, s'enflamment ou sont atteintes par la tuberculose.

Rappelons succinctement, à la région antérieure, en allant de dedans en dehors : la *gaine du jambier antérieur*, la *gaine du long extenseur du gros orteil*, la *gaine commune à l'extenseur commun des orteils et au péronier antérieur*.

La gaine du jambier antérieur s'arrête, en bas, un peu au-dessous de l'articulation tibio-tarsienne et remonte à deux travers de doigt envi-

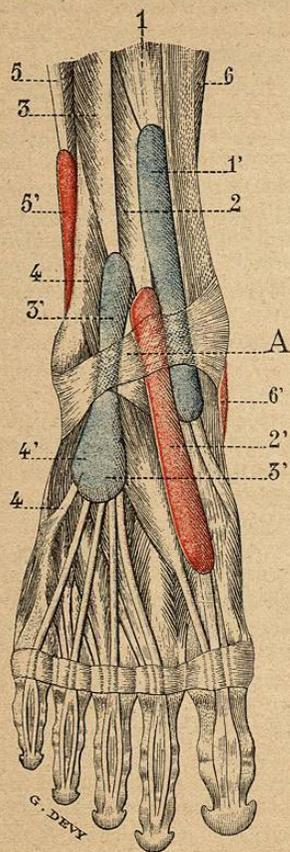


Fig. 62. — Gaines synoviales du cou-de-pied (face antérieure).

1, jambier antérieur. — 1', sa gaine. — 2, extenseur propre du gros orteil. — 2', sa gaine. — 3, extenseur commun. — 3', sa gaine. — 4, péronier antérieur. — 4', sa gaine confondue avec celle de l'extenseur commun. — 5, long péronier latéral. — 5', sa gaine. — A, ligament annulaire.

ron, au-dessus de l'interligne articulaire; la synoviale du long extenseur propre du gros orteil commence un peu au-dessus de l'interligne articulaire tibio-tarsien et s'avance jusqu'au premier métatarsien; celle de l'extenseur commun commence à 3 centimètres environ au-dessus de l'interligne et finit au scaphoïde.

DIAGNOSTIC DES LÉSIONS TRAUMATIQUES DU COU-DE-PIED

Les lésions traumatiques les plus fréquentes que l'on observe au niveau du cou-de-pied, sont : l'*entorse tibio-tarsienne* et la *fracture de l'extrémité inférieure du péroné, fracture par arrachement*, siégeant à la base de la malléole externe, à 3 centimètres au-dessus de son sommet. C'est à elles qu'on doit tout d'abord songer, à moins qu'une déformation caractéristique de la région qu'on examine ne montre, immédiatement, qu'on est en présence d'une lésion beaucoup plus grave, *fracture de Dupuytren ou luxation du pied sur la jambe*.

Lorsque l'interrogatoire du malade apprend qu'il vient de faire un faux pas, de se tordre le pied; que malgré la douleur souvent très vive qui s'est montrée au moment de l'accident, la marche a été possible; lorsque, la région ayant été découverte, on constate que le gonflement est encore peu étendu, qu'il siége surtout du côté externe du cou-de-pied, dans la région malléolaire; lorsqu'en saisissant le pied, on lui fait exécuter sans douleur ou, du moins, au prix de souffrances modérées, supportables, des mouvements d'extension et de flexion, on doit penser plutôt à la *fracture du péroné par arrachement* qu'à l'entorse tibio-tarsienne. Le diagnostic de fracture sera bien probable si on trouve, à la pression, une douleur vive, exquise, bien localisée au niveau de la base de la malléole.

Pour l'asseoir définitivement il faut, sans violence, chercher la mobilité anormale et voici comment on doit s'y prendre. Le malade étant couché, il faut l'amener sur le bord du lit correspondant au membre atteint, on le fera coucher sur le flanc du côté opposé; puis la jambe malade étant fléchie sur la cuisse, le chirurgien mettra son genou