

s'accompagne d'un bruit sec, et, souvent, ne se maintient pas, sont autant de signes qui permettront, à un observateur attentif, d'éviter l'erreur.

L'entorse de l'articulation péronéo-tibiale inférieure ne peut guère être reconnue qu'à la localisation exacte du siège de la douleur, on doit toujours la rechercher, même dans la fracture par arrachement.

Le pronostic est bénin, en trois ou quatre semaines la consolidation s'est effectuée; il dépend d'ailleurs du traitement qui aura été appliqué.

**Traitement.** — « Le traitement des fractures sans déplacement est ce qu'il y a de plus simple au monde, on pourrait presque se contenter de tenir le membre dans le repos jusqu'à la consolidation » (Malgaigne). Aussi, nous semble-t-il que le traitement des fractures par arrachement de la malléole externe peut être ainsi résumé : Repos pendant une quinzaine de jours, durant lesquels on pratiquera le massage et la mobilisation de l'articulation tibio-tarsienne; après quoi, le pied sera soutenu par un bandage roulé qui remontera jusqu'au genou et la marche permise. La guérison sera complète au bout de trois semaines.

#### FRACTURE MARGINALE ANTÉRIEURE DE LA MALLÉOLE EXTERNE

Sous le nom de : *fracture verticale par arrachement de la malléole externe*, Le Fort a décrit, en 1886, dans le *Bulletin général de thérapeutique*, une variété non signalée, de fracture de la malléole externe.

Cette fracture avait cependant été soupçonnée et imparfaitement décrite avant lui, dans un travail du chirurgien anglais Wagstaffe<sup>(1)</sup>; signalons encore un mémoire de Raymondaud (*Journal de la Soc. méd. de la Haute-Vienne*, juin 1885); son étude a été complétée depuis par la thèse du docteur Le Roy (Paris, 1887), qui l'a appelée *fracture marginale antérieure de la malléole externe*.

**Étiologie et mécanisme.** — La fracture marginale antérieure de la malléole externe est une lésion rare. Dans les 9 observations recueillies par Le Roy, il y a 8 hommes, 1 femme; chez les malades où l'âge est indiqué, on en trouve 4 au-dessus de cinquante ans, les deux autres avaient, l'un dix-huit ans, l'autre vingt-quatre ans.

« La fracture marginale antérieure, dont le trait est vertical, est surtout due à l'arrachement, par l'intermédiaire du ligament antérieur de l'articulation péronéo-tibiale inférieure, d'un fragment plus ou moins volumineux, détaché à la partie antérieure de la malléole externe.

« Cet arrachement se produit surtout dans l'adduction du pied, directe, ou avec rotation en dedans de la plante du pied; il se produit également dans l'adduction surtout combinée avec l'extension. La pression produite par l'astragale joue un rôle secondaire et sert surtout à augmenter la distension ligamenteuse. Le ligament péronéo-astragalien antérieur et le péronéo-calcanéen, accessoirement, contribuent à l'arrachement vertical de la partie antérieure de la malléole externe » (Le Roy).

Au point de vue anatomo-pathologique, nous trouvons plusieurs variétés. Le type consiste en un trait de fracture « qui naît, en haut, immédiatement au-

<sup>(1)</sup> WAGSTAFFE, Sur une forme insolite de fracture du péroné. *Saint Thomas Hospital Reports*, 1875, p. 45.

dessus de l'insertion du faisceau antérieur du ligament péronéo-tibial inférieur et descend, à peu près verticalement, jusqu'à la pointe de la malléole, emportant à peu près le tiers interne ou antérieur de la malléole externe.

A côté de cette forme nous avons pu produire une fracture verticale incomplète; le trait de fracture naît immédiatement au-dessus du ligament péronéo-tibial inféro-antérieur et descend verticalement « sur la face externe de la malléole jusqu'à 1 centimètre environ au-dessus de sa pointe; sur la partie interne de la malléole, il s'arrête à 5 centimètres de la pointe pour se porter ensuite en arrière, de sorte que dans ce cas la fracture ne serait pas intra-articulaire » (Le Roy, Th. de Paris, 1887, p. 51).

On peut enfin, dans quelques cas, observer une fracture verticale postérieure; ici le trait de fracture vertical est à l'union des trois quarts antérieurs avec le quart postérieur de la malléole externe; il présente une légère concavité antérieure. Il ne s'agit dans tous ces cas que d'expériences cadavériques.

Dans une observation de Wagstaffe avec autopsie, il s'agissait d'une fracture en T qui semblait exister à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes de la malléole, et il y avait un déplacement considérable du fragment interne (Le Roy).

On voit qu'en somme ces notions sont bien peu précises, voire même obscures, et que la fracture marginale antérieure de la malléole externe de Le Roy, dite par Le Fort fracture verticale de la malléole externe par arrachement, par Raymondaud, fracture longitudinale oblique de la malléole externe, appelle de nouvelles recherches. Toutefois le type de la fracture qui consiste en un trait vertical, passant à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs de la malléole paraît bien établi. En voici les symptômes.

**Symptômes.** — Dans un certain nombre de cas, les malades, après la chute, ont pu se relever et marcher, mais la marche est douloureuse et s'accompagne de claudication.

La douleur est ordinairement très vive; le gonflement, dû à l'épanchement sanguin, apparaît ensuite, borné surtout à la région malléolaire, mais toujours beaucoup plus accusé à la partie antérieure; la jambe, au-dessus du cou-de-pied, conserve son volume normal.

L'ecchymose remonte à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de la pointe de la malléole, mais elle ne « gagne pas le bord externe du pied sous la malléole » (Le Fort).

Elle est caractéristique et constante, apparaît dès le lendemain de l'accident. La douleur à la pression doit être bien déterminée, avec la pointe moussée d'un crayon par exemple : les divers points douloureux, réunis, dessinent constamment une ligne verticale située sur la face externe de la malléole, à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs, et parallèle à son bord antérieur.

La pression du fragment antérieur est plus douloureuse que celle du ligament péronéo-tibial; la pression du péroné à distance n'éveille aucune douleur.

Les mouvements communiqués du pied sont douloureux.

Plus rarement on peut sentir une *rainure* au niveau de la fracture.

La *mesuration* de la malléole externe révèle une augmentation de son diamètre antéro-postérieur qui peut atteindre 5 millimètres.

La mobilité anormale est difficile à constater; Le Roy note l'absence de *crépitation*, quoique nous l'ayons perçue très nettement, dans plusieurs cas.

**Pronostic.** — Il n'est pas grave en général, puisque la guérison est ordinairement

rement assurée après un traitement d'un mois; cependant la douleur peut persister assez longtemps.

Si le fragment se consolide en position vicieuse (Wagstaffe), la gêne de la marche peut être notable.

**Diagnostic.** — Le diagnostic avec la fracture de la base de la malléole est facile.

Il n'en est pas de même de l'arrachement de la pointe de la malléole externe qui se différenciera par le siège de la douleur, plus limité, et situé plus bas; par l'ecchymose, qui tend à gagner le bord externe et non la face dorsale du pied.

L'arrachement de la surface du tibia sur laquelle s'insère le ligament péronéo-tibial antérieur est rare, et n'existe d'ailleurs pas à l'état isolé; le siège de la douleur serait différent.

Mais c'est surtout avec l'entorse tibio-tarsienne et l'entorse tibio-péronière que peut se faire la confusion.

Pour éviter la première erreur, on recherchera si les points ligamenteux sont douloureux; la pression de la malléole externe dans le cas d'entorse ne réveille pas la douleur; l'ecchymose est différente.

Le diagnostic différentiel avec l'entorse tibio-péronière est le plus délicat; la recherche des points douloureux avec l'instrument-mousse (crayon, stylet) est, croyons-nous, le seul moyen de diagnostic.

On devra pratiquer la mensuration de la malléole, rechercher délicatement la crépitation; enfin il existe un moyen purement empirique, « le massage dans la fracture, qui n'améliore en rien l'état du malade, et c'est ce fait particulier qui a conduit Le Fort à la connaissance de cette lésion de description récente ». (Le Roy.)

**Traitement.** — Quant au traitement, il est simple; nous venons de voir que le massage est inefficace; le simple repos peut à la rigueur suffire, et le malade peut se lever du quinzième au trentième jour.

Dans quelques cas, l'immobilisation devra être assurée par un bandage ouaté, et, s'il y a déplacement, il sera nécessaire d'appliquer un appareil inamovible plâtré.

FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU PÉRONÉ, SIÉGEANT  
A 5 OU 6 CENTIMÈTRES AU-DESSUS DU SOMMET DE LA MALLÉOLE EXTERNE,  
FRACTURE PAR DIVULSION DE MAISONNEUVE,  
PAR ABDUCTION DE MALGAIGNE

Le remarquable mémoire de Maisonneuve (*Arch. gén. de méd.*, 1840, p. 165 et 433) a cependant un grand défaut. Après nous avoir montré, dans une première partie, la fracture isolée du péroné, par divulsion, comme un type bien net, à tel point que l'auteur écrit : Dans ce mouvement (déviation de la pointe du pied en dehors) « la fracture est le phénomène initial, elle peut avoir lieu sans que les ligaments et les aponévroses aient subi la moindre déchirure », nous ne trouvons plus, dans la symptomatologie, les signes qui correspondent à ce type anatomique. Il n'est question ici que des déchirures du ligament latéral interne de l'articulation tibio-tarsienne; ou de la fracture de la malléole interne accompagnant la fracture par divulsion.

Pour appuyer ces assertions, nous ne pouvons mieux faire que de transcrire le passage suivant de Nélaton (*Éléments de pathol. chir.*, t. I, p. 812), résumant

très bien le mémoire de Maisonneuve et qui a trait au mécanisme et à l'anatomie pathologique de la fracture du péroné par divulsion.

**Mécanisme. Anatomie pathologique.** — « Dans la déviation du pied en dehors, celui-ci représente une tige inflexible articulée à angle droit, avec la mortaise péronéo-tibiale. L'astragale tend à tourner autour d'un axe qui se confondrait avec celui de la jambe, ses deux extrémités, antérieure et postérieure, décrivent deux arcs de cercle en sens inverse, sa face interne presse en arrière sur la malléole du tibia, sa face externe presse en avant sur le bord antérieur de la malléole externe, au point d'en rompre la continuité si l'effort est suffisant. Tantôt la jambe étant fixe, c'est le pied qui se dévie, tantôt c'est le corps tout entier avec la jambe qui exécute un mouvement de rotation pendant que le pied reste immobile. C'est ainsi que Astley Cooper se fractura le péroné au moment où il avait le pied enclavé entre deux morceaux de glace. Dans les deux cas, le résultat est le même.

« Cette fracture, que M. Maisonneuve désigne sous le nom de fracture par divulsion, présente quelques particularités importantes à signaler; on la rencontre toujours à 5 ou 6 centimètres au-dessus du sommet de la malléole; elle est en général d'autant plus élevée que le pied est plus fortement fléchi au moment de la déviation de sa pointe; la direction du plan de la fracture est presque constamment oblique en bas et en avant; le fragment inférieur offre un déplacement suivant la direction, il est porté en dehors et en arrière, ce qui produit en avant une saillie sous-cutanée de l'extrémité du fragment supérieur et, immédiatement au-dessous, un enfoncement sensible à la vue; c'est le coup de hache de Dupuytren. En outre, quand le déplacement du fragment inférieur est considérable, la partie antérieure de l'astragale sort de sa mortaise. »

En résumé, le mécanisme de la fracture isolée du péroné par divulsion, est bien connu, aussi son anatomie pathologique; toutefois, nous ajouterons, ainsi que le dit Malgaigne, que le déplacement des fragments n'est pas fatal. Cette fracture, ne s'accompagne de désordres du côté de la partie interne de la mortaise tibio-tarsienne (rupture du ligament latéral interne, fracture de la malléole) que si le malade marche après la rupture du péroné. Dans ce cas, le pied se renverse en dehors, et l'arrachement de la malléole interne, la rupture du ligament, peuvent être la conséquence de ce mouvement anormal. Ici, c'est la fracture du péroné qui est la première en date, les lésions du côté interne de la mortaise tibio-péronière, quand elles existent, sont toujours secondaires. Dans la fracture bi-malléolaire par abduction que nous allons étudier dans un moment, les lésions du ligament latéral interne ou de la malléole interne se produisent tout d'abord, la fracture du péroné est consécutive. C'est là, nous le verrons, une théorie trop exclusive.

Parmi les complications que peut offrir la variété qui nous occupe, nous devons citer la rupture du ligament latéral interne, la fracture de la malléole interne ou même de l'extrémité inférieure du tibia, la déchirure de la peau et enfin la luxation de l'astragale.

Telles sont les complications, mais il se trouve, nous le répétons, que dans la



FIG. 255. — Fracture du péroné par divulsion. — Abduction ou rotation de la pointe du pied en dehors.

description symptomatique de Maisonneuve elles sont la règle; et alors nous avons sous les yeux le type classique de la fracture de Dupuytren que nous étudierons plus tard, et nous devons nous demander si la fracture du péroné siégeant à 5 ou 6 centimètres au-dessus du sommet de la malléole, reproduite sur le cadavre par le mécanisme de la divulsion, existe bien en clinique. Nous croyons pouvoir répondre affirmativement. Richet l'admet sans conteste, mais sa description est peu précise et confond les fractures de la base de la malléole et celles qui sont situées un peu au-dessus. Ce qu'il faut retenir toutefois, de l'étude à laquelle il s'est livré, c'est que la dépression en coup de hache existe bien dans la fracture isolée du péroné, et cela sans rupture du ligament latéral interne, sans fracture de la malléole tibiale.

**Symptomatologie.** — D'ailleurs, Malgaigne étudié de son côté les signes de cette fracture isolée du péroné. D'après ce chirurgien, elle peut se présenter sans déplacement appréciable et Maisonneuve en rapporte deux exemples (on les trouvera p. 457 du mémoire indiqué). En général, il y a du gonflement et une douleur nettement localisée au-dessus de la malléole externe, douleur qu'on peut réveiller en pressant, comme l'indique Larrey, à la partie supérieure du péroné ou, comme le recommande Tillaux, en percutant encore la partie supérieure de cet os, avec un petit marteau garni de linge. De plus, en fixant la jambe à sa partie moyenne avec une main, et en portant de l'autre la pointe du pied en dehors, on détermine un écartement manifeste des malléoles et souvent même une crépitation évidente (Maisonneuve). Enfin, quelques jours après la fracture, on observe une ecchymose qui offre ceci de particulièrement remarquable qu'elle est dirigée suivant la ligne de solution de continuité de l'os (Richet).

S'il y a déplacement, on constate, de plus, un écartement des malléoles et on voit que le pied est porté dans l'abduction, et cette abduction est surtout marquée vers sa pointe, quelquefois même celle-ci est seule portée en dehors, le talon gardant sa direction ordinaire.

La malléole interne intacte fait saillie sous la peau par son bord antérieur. L'écartement, en dehors de la malléole externe, laisse au-dessus d'elle une dépression en forme d'angle rentrant, c'est le *coup de hache* de Dupuytren. « En longeant le bord antérieur du péroné, on arrive sur la saillie aiguë que présente l'extrémité du fragment supérieur; et, quelquefois, en pressant sur l'os, j'ai trouvé cette pointe mobile et s'abaissant, sous la pression, pour se relever après; enfin, entre cette pointe et la malléole, on tombe dans la rainure qui sépare les deux fragments, laquelle s'élargit par la rotation de la pointe du pied en dehors et se rétrécit par le mouvement contraire.

« Quand le déplacement est modéré, bien que les surfaces articulaires aient éprouvé, en réalité, quelque dérangement, on est convenu de rapporter le tout à la fracture, mais le déplacement ne peut pas être porté très loin sans qu'il y ait rupture soit du ligament latéral interne, soit de la malléole interne, et par suite luxation véritable du pied.

« Lorsque le déplacement existe, il y a lieu de rechercher seulement s'il y a complication de quelque rupture du ligament latéral interne ou de la malléole interne. » (Malgaigne, *Fractures*, p. 814.)

Ces quelques phrases de Malgaigne nous montrent assez qu'il admet, comme Maisonneuve, Nélaton, l'existence des fractures du péroné, indépendantes de lésions de la partie interne de la mortaise tibio-tarsienne.

Nous avons tenu à faire toutes ces citations, parce que nous avons souvent entendu des élèves nous demander si la fracture du péroné, siégeant à 5 ou 6 centimètres au-dessus de son sommet, pouvait exister seule. C'est incontestable. Dans les quelques cas qu'il nous a été donné de voir, nous avons toujours rencontré le *ballotement astragalien*, bien étudié par Nélaton en 1855. Ce ballotement se traduit par des mouvements anormaux de latéralité qui se produisent dans l'articulation tibio-tarsienne, le pied étant à angle droit sur la jambe; d'où la possibilité de sentir le choc de l'astragale (Aubry) sur les parois latérales de la mortaise. Pour le bien percevoir, il faut immobiliser la jambe d'une main, de l'autre embrasser la plante du pied, sous le talon, le pouce et l'index de cette dernière main étant placés immédiatement au-dessous des malléoles, après que le pied a été ramené, autant que possible, dans la rectitude. On imprimera de la sorte, au pied, des mouvements alternatifs de gauche à droite et *vice versa*, et on pourra ainsi percevoir le choc astragalien. La position des doigts, au-dessous des malléoles, fait qu'on saisit les flancs de l'astragale, et qu'il est impossible de confondre les mouvements anormaux de latéralité de l'astragale avec les mouvements d'adduction et d'abduction qu'on provoquerait dans l'articulation sous-astragalienne, si le pouce et l'index, placés plus bas, embrassaient les flancs du calcaneum.

Le diagnostic de cette variété de fracture isolée du péroné n'offre guère de difficultés; le siège de la douleur, la saillie des fragments permettent de ne pas la confondre avec la fracture par arrachement.

Le pronostic est des plus bénins quand la fracture est sans déplacement; il en est de même quand le déplacement est peu étendu, ce qui est la règle ici.

Nous conseillons le massage sans appareil dans le premier cas, une immobilisation de quinze jours à trois semaines dans le second, suffisante pour empêcher que le déplacement se reproduise, et, dès que l'appareil pourra être levé, le massage encore, et, dans les deux cas, la mobilisation rapide de l'articulation tibio-tarsienne.

#### FRACTURE DE DUPUYTREN

##### FRACTURE BI-MALLÉOLAIRE PAR ABDUCTION DE TILLAUX

Ce qu'on doit entendre par fracture de Dupuytren. — Quand la fracture du péroné qui siége à 5 ou 6 centimètres au-dessus du sommet de la malléole externe s'accompagne soit de déchirure du ligament latéral interne, fait assez rare, soit d'arrachement de la malléole interne, cas de beaucoup le plus fréquent, les symptômes que l'on observe en général et qui, comme le dit Trélat (*Progress médical*, 1885), crévent les yeux, sont : une déviation de l'extrémité du pied en dehors et du talon en dedans, une saillie de la partie antérieure de la malléole interne (rupture du ligament), ou, à la place de cette malléole, une saillie osseuse qui menace les téguments (fracture de la malléole), une dépression en coup de hache à 5 centimètres environ au-dessus du sommet de la malléole externe. En présence d'une telle déformation, tous les cliniciens actuels portent immédiatement le diagnostic de fracture de Dupuytren<sup>(1)</sup>. Nous allons étudier

(1) DUPUYTREN, Mémoire présenté à l'Institut en 1805 et reproduit avec des corrections de Dupuytren lui-même, dans les *Leçons orales de clinique chirurgicale* publiées par Brierre de Boismont et Marx, 2<sup>e</sup> édit. Paris, Germer-Baillièrre, 1859.

complètement ce type clinique, qui a surtout frappé l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu; mais ce n'est pas le seul qu'il ait décrit, nous n'en voulons pour preuve que cette phrase par laquelle il commence son mémoire: « J'appelle fracture de l'extrémité inférieure du péroné, les solutions de continuité de cet os qui ont lieu assez près de l'articulation du pied pour que celui-ci, cédant à l'effort des causes qui ont produit la fracture, au poids du corps et à l'action des muscles, puisse être luxé en dedans, en dehors ou bien en arrière ». D'ailleurs Richet (*Leçons cliniques sur les fractures de jambe*. Paris, 1875) ne décrit point la fracture de Dupuytren isolément et dit: « Toujours est-il qu'en envisageant les faits au seul point de vue de la réalité, on doit voir dans ces fractures (celles décrites par Dupuytren), qui arrachent simultanément les deux extrémités inférieures du tibia et du péroné, des fractures de jambe avec un renversement du pied, lequel varie tantôt en dehors et tantôt en dedans, quelquefois en arrière, plus rarement en avant ».

**Description clinique de la fracture de Dupuytren.** — Quoi qu'il en soit, voici la description clinique de la variété classique, dite de nos jours fracture de Dupuytren; nous l'empruntons, pour la plus grande partie, à Nélaton.

Une chute, l'impossibilité de marcher, parfois la sensation ou le bruit perçu par le malade d'un corps qui s'est brisé (Trélat), tels sont les *signes rationnels* de cette fracture.

« L'axe du pied, au lieu de se porter directement d'arrière en avant, est légèrement dévié en dehors: cette déviation est telle que la pointe du pied est située à 3 ou 4 centimètres du lieu qu'elle devrait occuper. Le talon a subi une déviation en sens opposé; il s'est porté en dedans. Tout le pied a donc subi un mouvement de rotation; tandis que son extrémité antérieure décrit un arc de cercle qui porte sa pointe en dehors, le talon en décrit un en sens inverse. Ce déplacement du pied est en rapport avec un mouvement analogue opéré par l'astragale. La partie postérieure de la face interne de cet os prend un point d'appui sur la partie postérieure de la malléole interne, tandis que son extrémité antérieure, qui n'est plus retenue par la malléole du péroné, se porte en dehors et sort en partie de l'articulation. Si l'on examine alors la partie antérieure du membre, l'axe fictif de la jambe, prolongé par la pensée au delà de son extrémité inférieure, ne tombe plus vers le milieu du pied, mais sur un point plus ou moins rapproché de son bord interne. Comme conséquence de ce mouvement opéré par l'astragale et communiqué au pied tout entier, on remarque, en outre, une saillie de la partie antérieure de la malléole interne, dont le bord postérieur se trouve, au contraire, en partie masqué par le refoulement des parties molles repoussées en dedans, par le calcaneum.

Vers le côté externe de l'articulation, on trouve une dépression située à 5 ou 6 centimètres du sommet de la malléole; cette dépression, souvent perceptible à la vue, et toujours reconnaissable par le toucher (coup de hache de Dupuytren), est surmontée par une saillie anguleuse, formée par l'extrémité du fragment supérieur. Pott et Dupuytren attribuaient cette dépression à un mouvement de bascule exécuté par le fragment malléolaire, dont l'extrémité supérieure se porterait en dedans, se rapprochant du tibia, de manière à laisser un vide au-dessous du fragment supérieur qui reste immobile; mais M. Maisonneuve a fait remarquer que, la fracture étant toujours située à 5 ou 6 centimètres du sommet de la malléole, le fragment inférieur appuie par toute sa face interne

sur le tibia, et que, par conséquent, il ne peut se porter en dedans. Voici comment il explique cette dépression sus-malléolaire: la malléole est repoussée en dehors et en arrière par l'astragale, de sorte qu'elle abandonne le fragment supérieur, qui devient alors saillant sous la peau; de plus, la rainure qui sépare les deux fragments s'élargit par le fait de ce mouvement, et présente un vide, une excavation plus large en avant qu'en arrière, où elle se termine par un angle plus ou moins aigu; telle est la cause qui produit la dépression qu'on remarque immédiatement au-dessous du fragment supérieur. Ajoutons, pour compléter le tableau des déformations que présente l'articulation du pied, que les deux malléoles sont plus écartées que dans l'état normal. Cet écartement est ordinairement de 5 à 6 millimètres, et peut aller jusqu'à 10 ou 15: on le constate aisément à l'aide d'un compas d'épaisseur (Maisonneuve) (fig. 218).

En résumé, déviation de l'extrémité du pied en dehors et du talon en dedans, saillie de la partie antérieure de la malléole interne, dépression à 5 centimètres environ au-dessus de la malléole externe, écartement des deux malléoles, tels sont les caractères que présente la déformation du membre. »

Dupuytren ajoute à la déformation en coup de hache, la rotation du pied, dont la face plantaire regarde un peu en dehors (Valgas.)

Si la malléole interne a été intéressée, il peut se faire que sa pointe seule ou son bord antérieur soient arrachés, alors la saillie de la malléole interne n'est plus lisse, elle est rugueuse en un point; mais s'il s'agit d'une *fracture de cette saillie à sa base, ce qui est le cas le plus fréquent*, on sent alors, sous les téguments, une crête tranchante, qui souvent les coupe, soit au moment même de l'accident, soit dans les jours suivants, si la fracture n'a pas été réduite.

Quand il ne s'agit que d'un arrachement du ligament latéral interne, que d'une fracture partielle de la malléole interne, portant sur son bord antérieur ou sur son sommet, on peut percevoir le ballotement astragalien sur lequel nous sommes suffisamment étendus, il y a un instant.

L'attitude du membre est tellement caractéristique qu'il nous paraît inutile de chercher d'autres signes, en particulier la crépitation. Si la déformation n'était point caractéristique, ce qui arrive très rarement (le coup de hache peut manquer), il faudrait la rechercher, mais comme l'indique Maisonneuve, c'est-à-dire en imprimant à la pointe du pied des mouvements de rotation en dedans et en dehors.

La douleur, l'ecchymose, la tuméfaction ne sont point limitées au côté externe du cou-de-pied, mais elles en occupent encore la partie antérieure et la partie interne. Telle est la description symptomatique du type de Dupuytren. En résumé, ici il n'y a pas de luxation véritable du pied sur la jambe, il y a subluxation si l'on veut, attitude vicieuse dépendant des désordres articulaires.

Nous n'avons signalé jusqu'ici que la rotation de la pointe du pied en dehors, mais le professeur Tillaux insiste avec beaucoup de raison sur un autre déplacement, le déplacement antéro-postérieur du pied tout entier, combiné à la rotation en dehors: « Il se traduit, à l'extérieur surtout, après correction du déplacement transversal, par trois signes: le relief que forment les tendons extenseurs, surtout en comparant avec le pied sain, en arrière desquels tendons on perçoit une saillie osseuse; la diminution de longueur du dos du pied, visible à l'œil, et que démontre aussi la mensuration; la concavité exagérée de la région talonnière au niveau du tendon d'Achille. » (Tillaux.) Le tibia, en somme, glisse en avant et vient se mettre en rapport, par l'extrémité antérieure de son plateau,