

intercondylien; dans ce cas plateaux tibiaux et condyles fémoraux ont perdu leurs rapports habituels; dans la seconde variété, la rotation du tibia se fait suivant un axe qui passe par un des condyles. Le plateau tibial correspondant à ce condyle reste en place, l'autre seul se déplace.

Dans la première variété, la luxation peut avoir lieu soit par rotation du tibia en dehors, le condyle interne regardant en avant, soit plus rarement par rotation du tibia en dedans, c'est alors le condyle externe qui devient antérieur. Les symptômes dont s'accompagnent la luxation avec rotation en dehors sont les suivants : la jambe est complètement étendue et tournée en dehors, le pied appuyant sur le plan du lit par son bord externe. La tubérosité interne du tibia est en avant au-dessous de la trochlée fémorale, la tubérosité externe en arrière, dans l'échancrure intercondylienne. La tubérosité antérieure du tibia regarde directement en dehors, et la rotule est luxée sur le condyle externe. Tels sont au moins les symptômes relevés dans l'observation de Dubreuil et Martellière (1) qui sert à la description de cette variété de déplacement.

Sulzenbacher (2) a publié une observation où les symptômes étaient à peu près semblables. Toutefois le déplacement du tibia en arrière et en dehors était plus accusé encore et la saillie dans le creux poplité de la tubérosité externe du tibia et de la tête du péroné plus considérable.

Les cas publiés par Boursier et par Hénaff et celui plus récent de Lagoutte correspondent à la seconde variété.

Chez le blessé de Boursier (3), le condyle externe du fémur s'était déplacé seul en avant de la tubérosité correspondante du tibia tournant autour du condyle interne qui avait conservé ses rapports normaux avec la cavité glénoïde interne du tibia.

Dans l'observation de Lagoutte (4) le condyle interne a servi également de pivot au mouvement de rotation du tibia qui se luxa en arrière.

Chez le malade de Hénaff (5), au contraire, c'était le condyle interne qui s'était déplacé en arrière de la tubérosité interne du tibia devenue saillante en avant. Ce mouvement de rotation s'était exécuté autour du condyle externe qui n'avait pas quitté sa position normale sur la cavité glénoïde externe.

La luxation par rotation du tibia en dedans a été admise par Malgaigne d'après un cas très incomplet de Paris.

Ces luxations par rotation se compliquent parfois de fractures du tibia et du péroné et de ruptures de la poplitée (Lagoutte).

XIV

LUXATION DES CARTILAGES SEMI-LUNAIRES

MOURET, Thèse de Montpellier, 1891. — BRAULT, *Lyon médical*, 1891, p. 279. — GIORDANOLI, *Archivio di Orthopedia*, 1892, n° 4 et 5. — LARDY, *Revue de chirurgie*, 1894, p. 495. — PAUZAT, *Revue de chirurgie*, 1895, p. 97.

Bassius, le premier, en 1731, observa le déplacement du cartilage semi-lunaire

(1) DUBREUIL et MARTELLIÈRE, *Arch. gén. de méd.*, 1832, t. XXX, p. 152.

(2) SULZENBACHER, *Wiener med. Presse*, 1880, t. XXI, p. 272.

(3) BOURSIER, *Journal de méd. de Bordeaux*, 1882-1885, t. XII, p. 225.

(4) LAGOUTTE, *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 1581.

(5) HÉNAFF, Thèse de Paris, 1882-1885.

externe et l'attribua à une altération pathologique de la jointure. Après lui Bromfield raconta qu'il avait vu une claudication passagère à la suite de la luxation probablement traumatique d'un des fibro-cartilages articulaires du genou. Plus tard encore l'attention fut particulièrement fixée sur la possibilité de ce déplacement survenant sans lésions articulaires préalables par Hey, qui en donnait deux observations. L'une était celle d'un homme qui, en se retournant dans son lit, s'était trouvé subitement dans l'impossibilité d'étendre la jambe. L'autre avait trait à une jeune fille qui présenta les mêmes symptômes à la suite d'un effort fait en se baissant pour saisir un enfant. Hey soupçonnait quelque dérangement des ligaments croisés ou un déplacement du fémur sur les cartilages semi-lunaires.

A. Cooper adopta cette dernière hypothèse, qui fut reproduite par Malgaigne, Dequevauviller, Marjolin, Londe, Rognetta, Bonnet (1). Chacun de ces chirurgiens donnait en même temps des observations nouvelles apportant leur appui à l'opinion de Hey.

Cependant, malgré une autopsie de Reid démontrant la réalité de la luxation du cartilage semi-lunaire interne, malgré les expériences de Bonnet, la luxation des cartilages semi-lunaires ne fut pas définitivement admise. Panas (2), en 1872, déclarait que la similitude des symptômes de cette lésion hypothétique et des corps étrangers articulaires devait imposer la plus grande réserve et ne pas laisser accepter à la légère une luxation qui était loin d'être démontrée. Aussi, en 1879, lorsque Lannelongue et Le Fort apportèrent à la Société de chirurgie des observations nouvelles, elles ne furent pas acceptées par tout le monde comme appartenant manifestement à une luxation des cartilages.

Depuis quelques années seulement, la pratique de l'arthrotomie a permis de constater directement la luxation des cartilages semi-lunaires et d'établir définitivement la réalité de leur déplacement. A cette dernière période appartiennent les observations de Annandale, Croft, Davies-Colley, Scott-Lang, etc.

Anatomie pathologique et mécanisme. — Les dissections ont été faites sur des cadavres trouvés par hasard dans les amphithéâtres; c'était de pièces anciennes qu'il s'agissait par conséquent. Reid (3) trouva le cartilage semi-lunaire externe, en partie détaché du tibia, déchiré à sa partie antérieure et déplacé en dedans et en arrière.

Fergusson vit l'un des cartilages semi-lunaires séparé du tibia dans toute son étendue sauf au niveau de ses insertions antérieures et postérieures, si bien que, pendant les mouvements du genou, il oscillait entre les surfaces articulaires. Sur une autre pièce appartenant à Marsh, un lambeau était détaché de la circonférence du cartilage semi-lunaire interne; pendant les mouvements ce lambeau se retournait, s'interposait aux surfaces articulaires et en provoquait l'immobilisation.

Les arthrotomies faites dans ces derniers temps ont permis de constater des lésions analogues. Nous pouvons les résumer de la manière suivante :

1° Le cartilage semi-lunaire interne est celui qui se déplace le plus souvent : 27 fois sur 40 (Bruns), 52 fois sur 71 (Moures);

2° Le déplacement s'accompagne d'un arrachement des insertions antérieures

(1) MALGAIGNE, *Loco citato*, p. 969.

(2) Art. GENOU du *Dict. de méd. et de chir. prat.*

(3) MALGAIGNE, *Loco citato*, p. 970.

du cartilage; ou bien les insertions antérieures et postérieures demeurent intactes et la déchirure porte sur toutes les attaches circonférentielles. Il est exceptionnel que l'insertion postérieure du fibro-cartilage se rompe. Bruns⁽¹⁾ a noté que la déchirure avait eu lieu 22 fois en avant, 6 fois à la partie moyenne, 4 fois en arrière.

3° Quelquefois la circonférence du cartilage séparée de ses attaches ligamenteuses se replie sur elle-même, se déplace vers l'espace intercondylien et, s'interposant aux surfaces articulaires, immobilise la jointure (Annandale)⁽²⁾.

4° La déchirure du cartilage semi-lunaire peut être partielle, un lambeau plus ou moins large est détaché du ménisque et le lambeau, se redressant, s'interpose et produit encore l'immobilisation de la jointure (Croft⁽³⁾, Marsh⁽⁴⁾).

5° Enfin le cartilage semi-lunaire, séparé de ses attaches périphériques, peut être divisé en plusieurs morceaux par des déchirures qui le segmentent (Davies-Colley)⁽⁵⁾.

6° Le déplacement du fibro-cartilage peut se faire en avant, en arrière ou de côté.

Le mécanisme de cette lésion a été déjà depuis longtemps recherché par Bonnet, il reste à peine ébauché et bien des points demeurent obscurs.

Tel qu'il est le voici : Un sujet étant horizontalement étendu sur sa face antérieure et la jambe étant fléchie à angle droit, Bonnet porta brusquement le pied et la jambe dans la rotation en dehors. Il éprouva la sensation d'un soubresaut particulier et le pied demeura tourné en dehors, la jambe fléchie sur la cuisse à 45 degrés. Il procéda alors à la dissection du genou et, ayant enlevé la rotule, il vit en répétant l'expérience « que le soubresaut était produit par le passage du condyle interne du fémur derrière le cartilage semi-lunaire qui se trouvait ainsi refoulé en avant sur la cavité glénoïde interne du tibia sans qu'il y eût cependant déchirure de la capsule articulaire ».

Les symptômes ressemblent beaucoup à ceux qui sont provoqués par les corps étrangers du genou. Dans un mouvement de flexion du genou un peu brusque, le malade éprouve une douleur vive, son membre est en même temps immobilisé et il ne peut ni fléchir ni étendre la jambe. Si cependant, surmontant sa douleur, il parvient à produire l'extension ou si quelqu'un lui venant en aide fait exécuter ce mouvement au membre, un ressaut se produit : aussitôt toute douleur disparaît et les fonctions de la jointure sont instantanément rétablies (Hey, Bromfield, Dequevauviller, Londe, etc.).

Lorsque le chirurgien est appelé à examiner le déplacement des cartilages semi-lunaires, il peut constater habituellement un signe capital, la saillie du cartilage déplacé; cette saillie est sensible et visible pendant la flexion (Lannelongue⁽⁶⁾, Nicoladoni⁽⁷⁾), disparaît pendant l'extension; elle siège ordinairement à la partie antérieure de l'interligne.

Lorsque le déplacement est rapidement corrigé, tout se borne à ce que nous venons d'exposer. Dans le cas contraire, une hydarthrose abondante survient,

(1) BRUNS, *Beiträge zur klin. Chir.*, Bd. IX, Heft II, 1892, p. 455.

(2) ANNANDALE, *British med. Journal*, 1888, p. 588.

(3) CROFT, *British med. Journal*, 1888, p. 588.

(4) In STIMSON, *Loco citato*, p. 484.

(5) DAVIES-COLLEY, *British med. Journal*, 1888, p. 588.

(6) LANNELONGUE, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1879, p. 575.

(7) NICOLADONI, *Arch. für klin. Chir.*, 1881-1882, t. XXVII, p. 667.

accompagnée de douleur d'impotence fonctionnelle et d'un gonflement considérable de l'articulation. La lésion peut alors être masquée, passer inaperçue et produire des phénomènes d'arthrite subaiguë, qui aboutissent à des raideurs articulaires plus ou moins pénibles.

Alors même que le déplacement du fibro-cartilage a été immédiatement corrigé, la rupture ligamenteuse qui l'accompagne peut ne pas se réparer parfaitement et des récurrences de plus en plus fréquentes sont à craindre. Annandale nous dit : « J'ai constamment l'occasion de voir des malades qui me disent qu'ils sont depuis plusieurs années entravés par cette lésion, qu'ils ont passé de longues périodes dans les hôpitaux, subissant les traitements institués en pareil cas : applications d'appareils, pointes de feu, compression. Quand, ainsi qu'il arrive souvent, ils n'ont tiré aucun bénéfice de tous ces traitements, on les envoie à un fabricant d'appareils qui essaye de maintenir le genou. Il y réussit quelquefois, mais s'il échoue le malade est condamné pour le reste de ses jours à conserver un genou douloureux et inutile »⁽¹⁾. On le voit, le pronostic de cette luxation doit donc être réservé.

Traitement. — Le traitement consiste à refouler le cartilage semi-lunaire déplacé par une pression exercée directement sur lui, en même temps on imprime à la jambe des mouvements alternatifs de flexion et d'extension. Lorsque le soubresaut, qui accompagne d'ordinaire la rentrée du cartilage en place, se sera produit et que la liberté des mouvements de la jambe confirmera la réduction, le membre devra être soigneusement immobilisé de manière que la réparation des déchirures ligamenteuses se fasse. Il sera placé pendant au moins trois semaines dans un appareil inamovible; après ce temps la marche ne sera permise qu'avec un appareil à tuteurs latéraux empêchant les mouvements d'inclinaison du genou.

Lorsque la luxation est récidivante, qu'elle provoque par ses reproductions incessantes une véritable infirmité, le chirurgien est autorisé à proposer au malade l'arthrotomie et la fixation du fibro-cartilage luxé.

Cette opération a été proposée par Annandale qui, dans 5 cas, l'a exécutée avec un plein succès. Depuis lors, elle a été répétée par plusieurs chirurgiens et a toujours donné de bons résultats. Une incision transversale est faite un peu au-dessous du cartilage déplacé. Elle le découvre et pénètre dans la jointure. (Cette incision doit respecter le ligament latéral correspondant de l'articulation du genou.) Le doigt ou un crochet mousse ramène alors à sa place le cartilage luxé; on le traverse avec deux fils de fort catgut; on le fixe au périoste de la tubérosité tibiale correspondante, puis la jointure est fermée et immobilisée jusqu'à guérison.

Davies-Colley ayant trouvé le cartilage semi-lunaire interne déchiré et partagé en trois morceaux, commença par réunir ensemble ces morceaux à l'aide de sutures au catgut, et, ayant rendu au fibro-cartilage sa forme, il le fixa ensuite au périoste de la tubérosité tibiale.

Croft enleva tout le fibro-cartilage interne parce qu'il l'avait trouvé détaché en avant et à sa périphérie ne tenant plus que par ses attaches postérieures. Après l'intervention de Davies-Colley, le condyle fémoral reposait donc directement sur la cavité glénoïde tibiale; les fonctions se rétablirent parfaitement bien.

(1) ANNANDALE, *British med. Journal*, 1888, p. 1110.

Du reste, Kocher avait déjà pratiqué l'extirpation des cartilages semi-lunaires pour des altérations pathologiques et il avait vu les mouvements de la jointure être bien récupérés.

Cette pratique tend à se généraliser et les résultats publiés (Lardy, Bruns, Adenat) montrent que la résection totale ou partielle donne d'aussi bons résultats que la suture du ménisque : il semble dès lors que cette opération, qui est simple, qui met à l'abri des récidives, est celle qui doit être préférée⁽¹⁾.

On peut donc conclure en disant : lorsque la luxation des cartilages semi-lunaires sera récidivante, qu'elle entraînera une impotence fonctionnelle véritable, le chirurgien devra faire l'arthrotomie et, s'il ne peut facilement fixer le cartilage mobile par une suture au catgut, il en enlèvera la portion mobile; le procédé se modifiera, du reste, suivant les indications spéciales inhérentes à la nature exacte de la lésion.

XV

LUXATIONS DU PÉRONÉ

Elles comprennent : 1° les luxations de l'extrémité supérieure de cet os et 2° celles beaucoup plus rares de son extrémité inférieure.

LUXATIONS DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE. — Elles se font en avant, en arrière et en haut.

Luxations en avant. — On les décrit d'après les observations de Jobard⁽²⁾, Savournin⁽³⁾, Thomson⁽⁴⁾, Melzer⁽⁵⁾, Robert⁽⁶⁾ et Read⁽⁷⁾.

Une contraction brusque des muscles extenseurs des orteils qui s'insèrent à la face antérieure du péroné semble être la cause habituelle du déplacement. Dans presque tous les cas, la luxation se produit pendant un faux pas. Le malade observé par Jobard heurta une marche en montant un escalier, perdit l'équilibre et, faisant effort pour éviter une chute imminente, entendit un craquement dans la jambe avant de tomber. La malade de Savournin tombe en descendant un escalier; le pied accroché par le talon de la chaussure est violemment étendu. C'est en sautant un fossé, en s'élançant sur un banc, en glissant le long d'un trottoir, que les blessés de Thomson, de Robert et de Read, produisirent leurs luxations.

Le symptôme caractéristique est la saillie de la tête du péroné en avant. Elle est plus ou moins rapprochée de la crête tibiale antérieure. A la place qu'occupe normalement la tête on sent un vide. Le tendon du biceps fait quelquefois saillie sous les téguments, et l'on peut parfaitement sentir la courbe qu'il décrit pour venir s'insérer à la tête du péroné (Jobard, Robert).

Le malade ne peut généralement pas appuyer sur le membre luxé, mais il peut, étant couché, étendre et fléchir légèrement la jambe. Dans plusieurs observations, il est noté que la jambe est fléchie et le pied en rotation externe. La réduction

(1) In Thèse de Mouret.

(2), (3) et (4), Cités par Malgaigne, *loco citato*, p. 987.

(5) MELZER, *Allgem. milit.-ärztl. Zeitung*, 1871, t. XII, p. 140.

(6) ROBERT, *Rec. des mém. de méd. chir. et pharm. milit.*, 1879, t. XXXV, p. 279.

(7) READ, *Philad. med. New's*, 1883, t. XLII, p. 241.

s'obtient par une pression exercée d'avant en arrière sur la tête du péroné déplacée, après avoir préalablement fléchi la jambe sur la cuisse, et le pied sur la jambe, afin de relâcher les muscles.

Luxation en arrière. — Dubreuil⁽¹⁾, Richardson⁽²⁾, Erichsen⁽³⁾, Oldright⁽⁴⁾ et Parkinson⁽⁵⁾ en ont rapporté des exemples. Le cas de Dubreuil est le suivant : Un homme de trente-deux ans, voulant sauter trois marches pour se préserver d'une chute imminente, contracta subitement ses muscles et porta avec force la jambe dans l'abduction. A l'instant il éprouva une vive douleur au niveau de la tête du péroné qu'on trouva luxée. Dans la plupart des autres cas, le mode de production de la luxation fut analogue et l'on attribue généralement, avec Dubreuil, le déplacement à une violente contraction du biceps.

Les symptômes sont : la saillie de la tête du péroné en arrière de la tubérosité externe du tibia; elle forme sous la peau un relief considérable. Le pied est quelquefois déjeté en dehors, et, dans le cas de Dubreuil, « la région péronière était prise de froid et d'engourdissement ».

La palpation fait sentir le tendon du biceps faisant corde; on le suit jusqu'à son insertion sur le péroné luxé.

La réduction est obtenue par une pression directe exercée sur la tête du péroné pendant que le genou est maintenu fléchi. La reproduction du déplacement est à craindre; elle se fit dans les cas de Dubreuil et de Oldright. Aussi conseille-t-on de maintenir le membre immobile dans un appareil pendant une douzaine de jours avant de permettre aucun mouvement.

Luxation en haut. — Les cas de Boyer⁽⁶⁾ et de Stoll⁽⁷⁾ sont décrits comme des exemples de luxations en haut sans fractures du tibia ni du péroné. Mais ces deux observations sont loin d'être convaincantes, et anatomiquement il est impossible de concevoir un semblable déplacement sans lésions des os ou du ligament interosseux. Il n'en est point de même des déplacements en haut ou en haut et en arrière, en haut et en dehors avec complication de fractures des deux os de la jambe, du tibia seul ou du péroné seul.

Schaw⁽⁸⁾ a montré une pièce sur laquelle on voyait une fracture du tibia à son tiers inférieur; le péroné était aussi fracturé en deux endroits et la surface articulaire de la tête du péroné était remontée au niveau de l'interligne articulaire du genou.

Malgaigne a représenté (pl. XXIX, fig. 7) une pièce où l'on voit l'extrémité supérieure du péroné au-dessus de l'interligne articulaire, une fracture existe sur le tibia, et le fragment inférieur de cet os, porté en dehors et en haut, refoule directement le péroné dans ce sens. Malgaigne cite des cas analogues appartenant à Léveillé, Chabrely, Gavard.

La luxation directement en haut de la tête du péroné arrachée par contraction violente du biceps a été également observée. Malgaigne cite 4 cas de cette lésion; l'un appartient à Cloquet⁽⁹⁾, les trois autres sont rapportés dans la *Revue*

(1) MALGAIGNE, *Loco citato*, p. 986.

(2) RICHARDSON, *Amer. Journal of med. sciences*, 1865, t. XLV, p. 585.

(3) ERICHSEN, in *Stimson*, p. 504.

(4) OLDRIGHT, *Canada Journal med. sciences*, 1881, t. VI, p. 79.

(5) PARKINSON, *New-York med. Rec.*, 1886, t. XXIX, p. 442.

(6) Rapporté par Malgaigne, p. 987.

(7) Rapporté par Stimson, p. 505.

(8) STIMSON, p. 503, et *Pathol. Soc. of London*, 1848-1850, p. 125.

(9) CLOQUET, *Dictionnaire de méd. en 21 vol.*, t. XIII, p. 573, et MALGAIGNE, *Loc. cit.*, p. 988

médico-chirurgicale de 1854. Nous avons observé l'an passé une luxation de ce genre à l'hôpital Lariboisière. Elle s'était produite chez un homme qui, saisi et entraîné par le volant d'une roue, tournait comme elle. A chaque tour les pieds du malheureux venaient frapper un mur; aussi, pour éviter ce choc, avait-il violemment contracté ses biceps en fléchissant les jambes. En l'examinant, nous trouvâmes la tête du péroné droit détachée, absolument mobile et suspendue au tendon du biceps. Lorsque la jambe était étendue, on abaissait facilement la tête du péroné et on l'amenait presque au contact du fragment inférieur. Mais si à ce moment on commandait au malade de fléchir le genou, la tête du péroné remontait aussitôt de deux travers de doigt, laissant un large espace entre elle et sa diaphyse.

Le malade guérit sans que la soudure de l'épiphyse détachée eût été obtenue; il marche bien et sans fatigue.

LUXATIONS DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU PÉRONÉ. — Les cas de Nélaton⁽¹⁾ et de Tillaux⁽²⁾ sont les deux seuls exemples de ce déplacement. La luxation observée par Nélaton avait été produite par une roue de voiture passant obliquement sur la partie inférieure de la jambe, de manière à repousser directement la malléole en arrière; celle-ci se trouvait presque en contact avec le bord externe du tendon d'Achille; la face externe de l'astragale abandonnée par le péroné pouvait facilement être reconnue par le toucher dans presque toute son étendue; le pied avait conservé sa rectitude normale, ce qu'il faut attribuer à l'intégrité du ligament latéral interne.

Le malade de Tillaux était un homme qui avait fait un faux pas et était tombé en descendant d'omnibus. L'extrémité inférieure du péroné pouvait être facilement portée en avant et en arrière, et l'on pouvait l'écartier en dehors au point d'introduire le doigt entre sa face interne et l'astragale. C'est là, à la vérité, un exemple de diastasis très étendu, mais ce n'est guère une véritable luxation.

XVI

LUXATIONS TIBIO-TARSIENNES OU LUXATIONS DU PIED SUR LA JAMBE

Classiques. — DELORME, art. PIED du *Dict. de méd. et de chir. prat.* — CHAUVEL, art. PIED du *Dict. encycl. des sciences méd.* — POINSOT, De l'intervention dans les luxations compliquées du cou-de-pied. Thèse de Paris, 1877.

Nous ne consacrerons que quelques pages à ces déplacements qui ressortissent plus particulièrement à l'étude des fractures des malléoles, la luxation du pied sur la jambe ne devant être considérée le plus souvent que comme une complication de ces fractures. Les luxations du pied se font en dehors, en dedans, en avant et en arrière.

LUXATION DU PIED EN DEHORS. — C'est une complication de la fracture du péroné par divulsion. Cet os est fracturé à 6 centimètres de la pointe de la malléole externe, la malléole interne est fracturée à sa base, ou bien le ligament latéral interne est arraché. Souvent il existe une plaie au-dessous de la malléole

⁽¹⁾ NÉLATON, *Pathologie chirurgicale*, t. II, p. 475, 1^{re} édit.

⁽²⁾ DUNAND, Thèse de Paris, 1878.

interne dans laquelle fait saillie cette apophyse ou l'extrémité du fragment tibial lorsque la malléole est arrachée.

L'astragale est portée directement en dehors et sa poulie ne correspond plus qu'à la moitié externe de la mortaise péronéo-tibiale (fig. 114). Ou bien il s'est incliné sur son axe vertical, de telle façon que sa face externe regarde en haut et en dehors, sa poulie en dedans.

Les *symptômes* sont ceux de la fracture par divulsion exagérés. Le coup de hache de Dupuytren apparaît à la partie externe de l'extrémité inférieure de la jambe dans toute son évidence, le pied est dans l'abduction, son bord externe est en haut, sa pointe tournée en dehors.

En dedans, la malléole interne, et si cette dernière a été arrachée, l'extrémité inférieure du tibia forme une forte saillie qui distend les téguments lorsqu'ils n'ont pas été perforés. De l'écartement en dehors de la malléole externe résulte un élargissement considérable de l'espace intermalléolaire.

Huguier a rapporté une observation dans laquelle le déplacement du pied en dehors était tel, qu'il appuyait par tout son bord externe sur le plan du lit; il appelle ce déplacement luxation par rotation en dehors. Ce n'est qu'une exagération du déplacement précédent. Thomas, Soubie⁽¹⁾, ont rapporté des cas analogues.

LUXATION DU PIED EN DEDANS. — Elle est moins souvent observée que la précédente; en revanche, elle est moins souvent qu'elle accompagnée de fractures malléolaires. Sur 22 cas, Malgaigne en a trouvé 8 sans cette complication. Elle résulte soit d'une chute sur le côté externe du pied tourné en dedans, soit d'un traumatisme portant sur la partie inférieure et interne de la jambe.

Le déplacement du pied en dedans se fait de deux façons : 1° la malléole interne ou une portion angulaire de l'extrémité interne du tibia est détachée et l'astragale se porte transversalement en dedans, entraînant avec lui tout le pied; ou bien, 2° l'astragale se renverse, sa poulie regarde directement en dehors et sa face interne en haut.

Les *symptômes* sont les suivants : le pied est en adduction, la plante tournée en dedans, le bord interne tourné en haut est concave, l'externe devenu inférieur est convexe.

La malléole externe fait une forte saillie en dehors; au-dessous d'elle est une dépression dans laquelle les doigts peuvent s'enfoncer. La malléole interne, au contraire, est masquée par le gonflement et disparaît au fond de l'angle qui résulte de la jonction du pied avec la jambe.

L'exemple de luxation en dedans par rotation observé par Polosson est exceptionnel : « Un garçon de dix-sept ans eut le pied pris entre les rayons d'une roue de voiture en marche, et le pied subit un mouvement combiné d'extension forcée et de rotation en dedans qui lui permit de contourner la malléole interne et de passer au-dessous. Le pied est placé transversalement, la pointe en

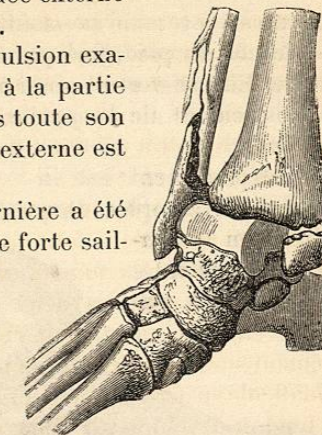


FIG. 114. — Luxation du pied en dehors avec fracture du péroné et arrachement de la malléole interne. (Follin.)

⁽¹⁾ THOMAS, *Revue de chirurgie*, 1887, p. 821.