

ainsi que Dupuytren, préoccupé surtout de cette variété de fracture qui se complique habituellement d'un commencement de luxation du pied, trace de la fracture du péroné, en général, le tableau le plus sombre, tandis que Boyer, qui semble n'avoir eu en vue que la fracture simple de la malléole externe, y consacre à peine quelques pages de son livre. Il y a plus, c'est que chacun de ces auteurs se trouve en contradiction non-seulement avec l'autre, mais encore avec lui-même, dans l'histoire qu'il trace de cette lésion. Dupuytren, en effet, insiste beaucoup sur le mécanisme de la fracture par arrachement, qu'il regarde comme le plus ordinaire, et dans la description des symptômes, il trace précisément l'histoire d'une autre variété, celle par déviation du pied en dehors; tandis que, par une bizarrerie singulière, Boyer, après avoir admis la déviation du pied en dehors comme la cause la plus fréquente de la fracture, semble, dans le reste de sa description, n'avoir eu en vue que la fracture par arrachement. Il résulte de cette sorte de malentendu la confusion la plus grande; espérons qu'une méthode de description à la fois plus logique et plus vraie la fera disparaître. C'est ce que nous verrons dans la deuxième partie de ce mémoire.

DEUXIÈME PARTIE

DESCRIPTION DOGMATIQUE DE LA FRACTURE DU PÉRONÉ

La fracture du péroné n'est pas une; elle offre au contraire plusieurs variétés distinctes par les causes qui les produisent, le siège qu'elles affectent, les symptômes auxquels elles donnent lieu, la gravité de leurs suites, et surtout par le traitement qu'elles réclament.

Nous en admettons trois principales, que nous distinguerons d'après le mécanisme suivant lequel elles sont produites, en fractures par arrachement, fracture par divulsion et fractures par diastasis.

PREMIÈRE VARIÉTÉ. — FRACTURE DU PÉRONÉ PAR ARRACHEMENT.

Causes et mécanisme. — Le pied a naturellement une grande tendance à se renverser en dedans. Chez les enfants et même chez l'adulte, les mouvements normaux des articulations du tarse peuvent être portés au point de permettre au bord externe du pied d'appuyer complètement sur le sol, tandis que sa plante regarde en dedans et son bord interne en haut. Mais si le mouvement est porté plus loin, comme cela peut arriver quand le pied appuie à faux sur le bord d'une excavation du sol, ou bien se trouve emboîté dans une chaussure élevée, telle que des bottes à hauts talons, des sabots, des patins, etc., les articulations du tarse, impuissantes à continuer la torsion, reportent sur l'astragale l'effort qui leur est transmis. Cet os tend à se renverser dans la mortaise qui l'enclasse, et sa face externe abandonne la malléole péronienne. Celle-ci ne se trouvant plus soutenue dans sa partie inférieure, en même temps que les ligaments latéraux externes exercent à son sommet une traction perpendiculaire, se brise au niveau du tibia qui lui sert de point d'appui. Le poids du corps seul, ou chargé d'un fardeau, suffit pour amener ce résultat; à plus forte raison s'il est encore augmenté par l'impulsion résultant d'une course rapide ou d'une chute d'un lieu élevé.

Anatomie pathologique. — L'intensité variable de la cause vulnérante entraîne nécessairement de grandes différences dans l'étendue et la gravité des désordres. Mais au milieu des variétés d'aspect que présentent alors les parties molles, la fracture affecte une disposition assez constante.

Elle a son siège à trois centimètres du sommet de la malléole, au niveau de la facette inférieure du tibia. Sa direction est transversale. Les fragments légèrement écartés en dehors sont encore ordinairement en contact par leur partie interne; souvent même le cartilage diarthrodial, qui revêt en dedans la malléole externe, a conservé son intégrité, ce qui pourrait au premier coup d'œil en imposer pour une fracture incomplète.

Quand les fragments sont entièrement désunis, les téguments qui recouvrent la malléole externe peuvent être distendus ou déchirés, le ligament annulaire antérieur du tarse arraché dans ses fibres inférieures; là se bornent ordinairement les désordres. Le côté interne de l'articulation reste presque toujours dans l'état normal. Les ligaments de ce côté ne présentent aucune déchirure, la malléole tibiale n'est que rarement compromise, et les tendons extenseurs des orteils n'ont subi aucune déviation.

Symptômes. — 1° *Gonflement.* Dans cette variété de fracture comme dans toutes les autres, il existe constamment un gonflement plus ou moins considérable au voisinage de l'articulation; mais son siège a dans celle-ci quelque chose de spécial. Il occupe exclusivement le pourtour de la malléole externe, se prolonge à peine vers la partie antérieure, et n'envahit jamais le côté interne de l'articulation, où, comme nous l'avons établi précédemment, les ligaments n'ont éprouvé ni tiraillement, ni déchirure.

2° *Douleur.* — Vers la partie moyenne de la malléole péronienne, au niveau de la fracture, existe une douleur vive. Cette douleur, que l'on rencontre du reste dans presque toutes les fractures des os superficiels, est ici d'une grande importance, vu la rareté des autres signes pathognomoniques; elle est souvent le seul phénomène à l'aide duquel le chirurgien puisse distinguer la fracture du péroné de l'entorse simple. Je vais rappeler en deux mots ses principaux caractères: elle a son siège au niveau de la solution de continuité, dans un point exactement circonscrit. A quelques millimètres au-dessus ou au-dessous de ce point, elle cesse brusquement. Les mouvements du membre malade l'exaspèrent d'une manière notable; mais la pression exercée par les doigts du chirurgien sur le point précis de la fracture la développe avec plus de certitude encore.

3° *Dépression transversale.* — Au niveau du point douloureux, une exploration attentive faite avec le doigt sur la face externe de l'os permet souvent de reconnaître un sillon trans-

versal, indice d'une solution de continuité de la malléole. Ce signe est surtout appréciable quand on a pris la précaution préalable de porter le pied dans une adduction forcée, ou plutôt dans le renversement en dedans; il résulte de l'écartement du fragment inférieur qui, maintenu par le ligament externe, est forcé de suivre les mouvements du tarse auquel il se trouve intimement lié.

4° *Ecchymose.* — Au niveau même du point douloureux et de la dépression transversale, à la base de la malléole externe, on rencontre habituellement une ecchymose profonde et circonscrite, essentiellement différente de celles qui résultent d'une contusion extérieure. Il semble que la peau se soit éraillée de dedans en dehors. Ce signe, sur lequel aucun chirurgien n'avait appelé l'attention des observateurs, me paraît être d'une grande importance pour distinguer la fracture par arrachement de l'entorse simple. Nous y reviendrons plus bas.

5° *Mobilité.* — Si les tissus voisins de la malléole externe ont été violemment distendus ou déchirés, si les fragments ont entièrement perdu leur contact, il sera presque toujours possible de constater une mobilité anormale dans la malléole péronienne. Pour l'obtenir, le chirurgien devra non pas seulement presser alternativement sur l'extrémité de la malléole et la partie moyenne du péroné, non pas saisir entre les doigts le fragment inférieur pour le pousser en avant et en arrière, mais surtout embrasser le pied à pleine main et le tordre sur son axe, de manière à porter son bord interne en haut et sa plante en dedans, pendant que d'autre part la jambe sera maintenue immobile.

6° *Crépitation.* — Les fragments d'un os ne peuvent guère exécuter entre eux de mouvements un peu étendus sans qu'il en résulte une crépitation plus ou moins évidente. Il est cependant quelques fractures qui font exception à cette loi, telles: les fractures de l'olécrâne, de la rotule, du calcaneum. La fracture du péroné par arrachement, sans appartenir entièrement à ces variétés, offre néanmoins avec elles plusieurs points d'analogie. La cause vulnérante agit par traction et non par pression; l'écartement du fragment a lieu par divulsion et non par che-

vauchement. Aussi la crépitation ne se fait-elle sentir que par accident et toujours d'une manière incertaine. De sorte que ce symptôme, ordinairement si caractéristique, n'est ici qu'un phénomène tout à fait accessoire et sur lequel il n'est pas possible de compter pour le diagnostic.

7° *Déviatio du pied.* — Cette variété de fracture n'est presque jamais accompagnée de déviation appréciable dans la direction du pied, et quand cette déviation existe, elle est telle que la face dorsale de cet organe regarde en dehors et son bord externe en bas. Il n'y a rien dans ce phénomène qui ne soit parfaitement en harmonie avec les lésions que nous avons signalées dans les parties fibreuses de l'articulation, et cependant on le rencontre fort rarement. Dupuytren n'en cite qu'un ou deux exemples. Pour ma part je n'en ai guère observé davantage, et les recueils d'observations n'en contiennent presque aucun. Il y a quelque mois, dans le service de M. Breschet, à l'Hôtel-Dieu, se trouvait une femme chez laquelle ce phénomène existait tellement prononcé, que le chirurgien crut devoir placer à la partie externe de la jambe l'appareil de Dupuytren, afin d'opposer une traction continue en dehors à la tendance qu'avait le pied à se porter en dedans.

Complications. — Lorsque la fracture est simple, c'est-à-dire quand elle n'est accompagnée d'aucune lésion grave dans les parties voisines de l'articulation, les symptômes sont tels que nous les avons exposés. Mais il se peut qu'après avoir produit l'arrachement de la malléole, la force vulnérante, non encore épuisée par la rupture des fibres osseuses, dilacère d'autres organes. Ces nouvelles lésions amènent nécessairement d'autres phénomènes.

Au premier rang parmi ces complications je placerai la *fracture de l'extrémité inférieure du tibia*. Cette fracture a lieu quand le pied, renversé en dedans, se trouve pressé contre le sol par une force considérable, telle, par exemple, que celle résultant d'une chute d'un lieu élevé. Dans ce mouvement, la malléole externe est d'abord arrachée, puis l'astragale à demi contourné sur lui-même, exerçant sur la malléole interne une

pression oblique de bas en haut et de dehors en dedans, la brise à son tour, absolument comme les os du carpe brisent l'extrémité inférieure du radius dans une chute sur la paume de la main. Cette rupture de l'extrémité inférieure du tibia permet alors au pied de se renverser en dedans et de rester dans cette position vicieuse. Un des exemples les plus remarquables de cette complication, du reste fort rare, est celui rapporté par Dupuytren sous le titre d'Observation XV° de son mémoire sur la fracture du péroné.

Obs. II. — Mademoiselle M..., âgée de cinquante ans, tomba, le 15 juillet 1815, de la croisée d'un premier étage sur le pavé de la rue. Son pied droit supporta seul le premier choc et présenta les lésions suivantes : Le côté interne de la jambe et du pied était creusé, et le côté externe de la jambe et du pied était arrondi en demi-cercle. Du côté de la concavité, c'est-à-dire en dedans, on sentait sous la peau, malgré l'ecchymose et le gonflement, un bec saillant qui faisait corps avec la malléole interne. En dehors, c'est-à-dire du côté de la convexité, l'on sentait vers le sommet de la malléole externe une crépitation et comme un écrasement de cette apophyse, au-devant de celle-ci, une saillie formée par l'astragale. Il y avait donc une fracture au tibia et une autre au péroné, la première, oblique de dedans en dehors et de haut en bas, placée à quatre centimètres au-dessus de la dernière. La réduction fut aisée, mais il fut plus difficile de maintenir les parties réduites ; car, pour peu qu'elles fussent abandonnées à elles-mêmes, le pied se portait en dedans, et l'astragale en dehors, un peu en avant de la malléole externe. La demi-flexion diminuait bien cette tendance du pied à se porter en dedans, mais elle ne la corrigeait pas entièrement. Il me parut indiqué de prendre un point d'appui sur le côté externe de la jambe pour attirer le pied de dedans en dehors. Dès lors il fut facile de voir que l'appareil des fractures du péroné appliqué en dehors de la jambe au lieu d'être en dedans, devait remplir les indications que présentait la maladie. Cet appareil fut donc appliqué, la jambe fut demi-fléchie et couchée sur son côté externe et l'articulation enveloppée de résolutifs. L'appareil fut renouvelé plusieurs fois, et au bout de quarante jours il fut supprimé. On vit alors qu'il y avait un léger chevauchement des fragments tel, que le bec du fragment inférieur du tibia soulevait un peu la peau de la partie interne de la jambe ; qu'il y avait une légère tendance du pied à se porter en dedans, et qu'enfin l'astragale et le sommet de la malléole externe faisaient une légère saillie en dehors. Le repos fut recommandé à la malade pendant vingt jours. Au bout de ce temps elle put commencer à marcher à l'aide d'une bottine à montants latéraux destinée à prévenir toute espèce de déviation du pied en dedans. Au bout de

quelques jours elle fut en état de marcher; et si elle a gardé depuis ce temps une bottine, c'est moins par nécessité que par habitude.

Là ne se bornent pas toujours les désordres. Après avoir arraché la malléole externe, brisé l'extrémité inférieure du tibia, la cause vulnérante, agissant toujours dans la même direction, peut encore produire une luxation du pied en dedans. Cet accident est des plus rares. Je me contenterai d'en citer un seul fait, emprunté au mémoire de Dupuytren.

Obs. III. — Madame L... rentrait en cabriolet dans son habitation, située sur les bords de la Seine, quand son mari, qui venait à sa rencontre, se trouva pressé entre une borne et la roue de la voiture. Effrayée, elle retire les guides par un mouvement si subit et si violent, que le cheval recula jusque sur les bords du fleuve. A la vue de ce nouveau danger, elle s'élança et tombe pesamment sur le bord externe du pied gauche d'abord, puis tout de son long sur la plage. Un chirurgien appelé aussitôt constata les lésions suivantes : déplacement du pied tel, que son bord interne était dirigé en haut, sa plante en dedans et l'astragale en dehors. Large et profonde plaie au côté externe de l'articulation du pied, entre les tendons des péroniers latéraux d'une part, du petit péronier et des extenseurs communs d'autre part, issue à travers cette plaie déchirée du péroné et du tibia fracturé, le premier à trois centimètres de son extrémité, le second à la base de sa malléole. Ces désordres furent confirmés peu de temps après par l'autopsie.

Il est une autre complication, en quelque sorte analogue à la précédente, considérée par Dupuytren comme extrêmement fréquente et qui me paraît exiger ici quelques explications. Je veux parler de l'*arrachement secondaire* de la malléole interne.

Lorsque, à la suite d'un renversement du pied en dedans, la malléole externe est fracturée, il peut se faire que le malade, ignorant la gravité de son mal et croyant n'avoir qu'une simple entorse, se relève et tente de continuer sa marche. Alors, dit Dupuytren, le pied se renverse en dehors, et la malléole tibiale est arrachée par le ligament latéral correspondant, absolument comme la malléole péronéenne l'avait été déjà dans le mouvement inverse. Dupuytren me paraît avoir singulièrement exagéré la fréquence de cette complication, ou plutôt en avoir mal

saisi le mécanisme. Ce n'est pas dans la fracture du péroné par arrachement, mais bien dans la fracture par divulsion que l'on observe ordinairement la rupture de la malléole interne; elle a lieu sous l'influence de la cause même qui produit la fracture du péroné. Il n'y a pas alors deux renversements successifs du pied en sens opposé, la double lésion a lieu dans le même instant. Les observations rapportées par Dupuytren lui-même confirment pleinement notre opinion sur ce point : il est facile de voir, aux symptômes qu'il décrit, que la plupart des faits signalés dans son mémoire appartiennent aux fractures par divulsion, et non pas, comme il le croyait, aux fractures par arrachement. Je ne puis cependant m'empêcher de reconnaître qu'il est des cas où cet accident secondaire a réellement lieu comme il l'indique.

Obs. IV. — Pierre Robbe, âgé de cinquante ans, affecté d'une entorse à l'articulation du pied droit, datant de vingt ans, et dont il n'avait jamais été bien guéri, fut jeté à terre par un fiacre et renversé sur le côté gauche du corps, la jambe droite étendue et reposant dans toute sa longueur sur son côté interne. Le membre était dans cette position lorsqu'une des petites roues de la voiture passa obliquement sur son quart inférieur, et y occasionna une fracture dont le malade fut averti par un bruit sec et clair. Malgré cet avertissement, il fit de violents efforts pour se relever, ce à quoi il parvint, non sans éprouver une douleur extrêmement vive et comme déchirante; il voulut marcher, mais son pied tournant brusquement en dehors, il tomba de nouveau, et sentit une sorte de craquement et de déchirure à la partie interne de l'articulation. Le pied était tourné en dehors et pouvait être ramené à sa position naturelle par de légères tractions, mais il reprenait sa première position dès qu'on l'abandonnait à lui-même. Au côté interne de son articulation existait une saillie du volume d'un œuf ordinaire produite par l'extrémité inférieure du tibia, laquelle était rugueuse, séparée de la malléole et saillante à travers une déchirure des téguments; au-dessous de cette saillie, la peau était tendue, bien qu'en la pressant un peu on sentit un vide derrière elle. En dehors et à cinq centimètres au dessus de l'articulation, on voyait un enfoncement considérable, une espèce de coup de hache, occasionné par la direction presque horizontale que la malléole externe avait prise en suivant le mouvement du pied. La peau qui enveloppe toutes ces parties était livide, ecchymosée, et soulevée, en quelques points, par des phlyctènes et du sang infiltré et épanché.

Le malade traité par l'appareil ordinaire des fractures du péroné (celui de Dupuytren) sortit complètement guéri au bout de trois mois, pendant lesquels il essuya les accidents les plus graves.

Cette observation, bien qu'appartenant aux fractures directes, n'en prouve pas moins qu'après la fracture simple de la malléole externe, quelle que soit la cause qui l'ait produite, le pied privé de soutien en dehors peut se renverser consécutivement en ce sens, et qu'alors il peut survenir des lésions graves au côté interne de l'articulation. Mais ce n'est là qu'un fait exceptionnel, et presque toujours l'arrachement de la malléole interne a lieu, comme nous l'établirons plus bas, par l'action de la cause même qui produit la fracture du péroné.

Diagnostic. — Parmi les diverses espèces de fractures du péroné, certainement il n'en est aucune dont le diagnostic soit plus obscur et dont l'existence ait été plus souvent méconnue que celle dont nous parlons. La déviation du pied, comme cause déterminante, l'existence d'une douleur vive au niveau de la malléole externe, d'un gonflement plus ou moins considérable autour de l'articulation tibio-tarsienne, sont autant de phénomènes qui se rencontrent, aussi bien dans l'entorse simple que dans la fracture par arrachement. D'un autre côté, les symptômes caractéristiques des fractures, tels que la crépitation, l'écartement ou la déviation des fragments, leur mobilité, sont, dans le plus grand nombre des cas, d'une appréciation si difficile que des chirurgiens très-exercés ne peuvent souvent acquérir la certitude de leur existence.

Aussi, combien de fractures de ce genre ont été prises pour de simples entorses, combien d'entorses en ont imposé pour de véritables fractures! Cette dernière erreur n'est pas grave pour le malade; elle n'a d'autre inconvénient que de l'astreindre à un traitement plus long qu'il ne serait nécessaire. L'autre erreur, au contraire, peut entraîner les conséquences les plus fâcheuses. Le malade, entretenu dans une fausse sécurité, se livre sans discrétion à des mouvements qu'il croit utiles pour dissiper la roideur de l'articulation; de là plusieurs accidents.

Le premier et le plus fréquent est l'inflammation chronique des parties molles voisines de l'articulation et de l'articulation elle-même. Voici comment il survient : autour des fragments et dans les fragments eux-mêmes se manifeste un travail inflammatoire qui, contenu dans de justes bornes, doit avoir pour résultat la formation du cal; mais, si des mouvements intempestifs viennent troubler le travail, l'inflammation acquiert un développement plus considérable; elle se propage aux parties molles, aux ligaments, à la synoviale, qui, dans l'état normal aurait dû y rester étrangère. Averti par le gonflement et la douleur, le malade se condamne à un repos tardif, et le plus souvent ne s'y astreint qu'un laps de temps trop court; il recommence bientôt à user de son membre. Sous l'influence de nouveaux mouvements, l'inflammation se réveille, et ces exaspérations successives amènent bientôt une dégénérescence des tissus fibreux et cellulaire, une véritable tumeur blanche.

Un autre accident plus rare, et qui ne se manifeste guère que dans les premiers jours de la fracture, est la torsion du pied en dehors : nous en avons parlé sous le titre de *Complication*; il est inutile d'y revenir.

Pour éviter de semblables malheurs, il importe donc, toutes les fois qu'il reste du doute, d'agir dans l'hypothèse de l'existence d'une fracture.

Il ne faudrait pas croire cependant qu'avec un examen attentif, il ne fût jamais possible d'arriver à un diagnostic certain. Sans parler des cas où la lésion principale est compliquée de luxation, de délabrement plus ou moins considérable, dans les parties molles, et où le diagnostic offre en général peu de difficultés, il est toujours possible, à l'aide d'une investigation sévère, d'arriver à quelque chose de précis.

1° En promenant le doigt sur le bord ou mieux sur la face externe du péroné, toujours on détermine au niveau de la fracture une douleur vive qui diffère à plusieurs égards de celle qu'on observe dans l'entorse. Dans cette dernière lésion, en effet, la douleur est vague, elle est diffuse autour de la malléole et n'augmente que fort peu sous l'influence de la pression.

Dans la fracture, au contraire, elle est vive et circonscrite à la base de la malléole. La pression du doigt l'exaspère d'une manière notable, mais à quelques millimètres au-dessus ou au-dessous de ce point elle disparaît brusquement.

2° Le point douloureux est le siège d'une ecchymose circonscrite comme lui, bien différente de celle que l'on rencontre quelquefois dans l'entorse. Dans cette dernière lésion, en effet, les parties lacérées sont les ligaments et les tissus fibreux de la partie inférieure de la malléole; par conséquent l'épanchement sanguin, résultant de l'éraillure des vaisseaux qu'ils peuvent contenir, aura son siège à leur niveau, s'étendra d'une manière diffuse en avant ou en bas, tandis que dans la fracture, les désordres sont limités à une ligne presque mathématique, sur la face externe de la malléole elle-même, portent sur un organe très-vasculaire (l'extrémité spongieuse du péroné) circonstance éminemment propre à la formation d'un épanchement sanguin, mais d'un épanchement circonscrit et d'une coloration intense. M. Denonvilliers, auquel je dois la connaissance de ce symptôme, m'a certifié l'avoir rencontré d'une manière distincte dans toutes les fractures observées par lui.

3° Enfin, en portant le pied dans une adduction forcée, combinée avec le renversement interne, on produira presque toujours une dépression transversale à la base de la malléole. Cette dépression, comme nous l'avons établie précédemment, est due à l'écartement du fragment inférieur, qui adhère au calcaneum au moyen des ligaments latéraux externes, et par conséquent est rendu solidaire des mouvements imprimés aux os du tarse.

Ce signe, quand il n'est pas masqué par le gonflement des parties molles, est le plus caractéristique et suffit à lui seul pour lever tous les doutes sur la nature de la lésion; quant à la mobilité et à la crépitation, bien que d'une appréciation souvent difficile, elles peuvent cependant venir encore en aide au chirurgien.

Pronostic. — A l'état de simplicité, cette variété de fracture est habituellement peu grave, et cependant elle est fréquemment le point de départ d'accidents sérieux du côté de

l'articulation tibio-tarsienne. Au premier coup d'œil, ces deux propositions semblent contradictoires: il est facile de les expliquer. Le repos au lit, seul ou aidé de quelque bandage simple, suffit pour amener une consolidation régulière, les fragments ont peu de tendance à se déplacer, le pied n'affecte aucune position vicieuse et les désordres sont peu considérables dans les parties molles. Mais pour cela faut-il encore que l'existence de la fracture ait été admise. Si la lésion reste méconnue, le malade, ne comprenant pas l'importance du repos, se livre à des mouvements intempestifs qui contrarient la nature dans le travail de consolidation et entretiennent dans les parties molles une irritation dangereuse; celle-ci se propage alors à la membrane synoviale et souvent devient l'origine de véritables tumeurs blanches. Heureux encore si, dans ses tentatives imprudentes, le malade ne détermine pas la torsion du pied en dehors, et par suite une luxation du pied avec fracture de la malléole interne, ainsi que Dupuytren en cite des exemples.

Traitement. — Ce que nous avons dit précédemment de la direction de la fracture, du mode d'écartement des fragments et des lésions des parties molles, démontre qu'un traitement simple doit suffire dans le plus grand nombre des cas pour obtenir une consolidation régulière. Les indications à remplir pour arriver à ce résultat sont les suivantes: 1° mettre le pied dans sa direction normale avec la jambe, sans l'incliner ni d'un côté ni de l'autre; 2° le maintenir immobile dans cette direction pendant un mois ou cinq semaines, à l'aide d'un bandage contentif.

1° Mettre le pied dans sa direction normale avec la jambe. La position inclinée du pied en dedans, recommandée d'une manière générale, par Dupuytren, dans la fracture du péroné, ne convient nullement dans la variété dont nous parlons. Le renversement du pied en dedans, sous l'influence duquel s'est produit la fracture, est aussi le mouvement par lequel les fragments sont écartés. Il est donc important de l'éviter. Bien plus, il est, comme nous l'avons déjà mentionné, des circonstances où, loin de renverser le pied en dedans, il peut être utile de le renverser en dehors. En thèse générale, il vaut mieux se con-