

face dorsale du pied regarde en dehors, la face plantaire regarde en dedans. L'*abduction* est le mouvement opposé : le pied est renversé de façon que son bord externe est relevé, le bord interne reposant sur le sol ; la face dorsale du pied regarde en dedans, la face plantaire en dehors. Bien que ces deux mouvements ne se passent en aucune façon dans l'articulation tibio-tarsienne, mais dans l'articulation calcanéo-astragaliennne, je dois étudier ici l'influence qu'ils exercent sur la production de certains traumatismes du pied.

Il faut bien se garder de confondre les mouvements d'adduction et d'abduction du pied avec les mouvements de *latéralité* de l'articulation tibio-tarsienne. J'insiste d'autant plus sur ce point qu'il a été passé sous silence par les auteurs et qu'il offre une grande importance clinique. A l'état normal, lorsque le pied fait avec la jambe un angle droit, les faces latérales de l'astragale sont en contact immédiat avec les malléoles ; il n'y a pas entre elles le moindre jeu, en sorte que si, immobilisant la partie inférieure de la jambe avec la main gauche et saisissant le talon de la main droite, on imprime au pied des *mouvements de totalité*, comme s'il était composé d'un levier unique, en essayant de le porter soit en dedans, soit en dehors, on n'obtient pas le plus léger mouvement de latéralité. Dans cette exploration assez difficile à bien faire, l'erreur consiste à imprimer des mouvements au calcanéum sur l'astragale et à les rapporter à l'articulation tibio-tarsienne, ce que font tous les débutants et même beaucoup de praticiens.

Il n'existe donc normalement aucun mouvement de latéralité dans l'articulation tibio-tarsienne. Pour qu'un pareil mouvement se produise, il est indispensable que l'une des deux malléoles ait cédé ou que l'astragale ait diminué de volume, soit usé, comme dans l'arthrite sèche, par exemple. Les malléoles ne cèdent que dans deux conditions : à la suite d'une fracture, ou lorsque les ligaments péronéo-tibiaux inférieurs ont été distendus, déchirés ou détruits. Ils sont déchirés dans le diastasis simple de l'articulation péronéo-tibiale inférieure, ce qui est très rare ; distendus à la longue par le liquide d'une hydarthrose, et détruits dans la tuberculose : ces trois affections donneront donc naissance à des mouvements latéraux. Il en est de même lorsque l'une des malléoles a été arrachée ; et encore faut-il savoir que, dans beaucoup de cas, même avec une fracture du péroné appartenant à la variété dite *par arrachement*, il n'existe pas de mouvements latéraux, le périoste étant presque toujours conservé : ce sont ces derniers cas qui, jusqu'à notre époque, ont été confondus avec l'en-torse.

L'existence des mouvements de latéralité dans une articulation tibio-tarsienne jusqu'alors saine et qui vient de subir un traumatisme est donc un signe pathognomonique de la fracture d'une des malléoles : il se produit un déplacement du pied en totalité, et l'on perçoit un léger choc.

Il existe, néanmoins, dans l'articulation tibio-tarsienne, un troisième mouvement physiologique qui a été signalé par les frères Weber : le mouvement de rotation. Il s'exécute autour d'un axe vertical et a pour but de porter légèrement la pointe du pied soit en dedans, soit en dehors. Ce mouvement consiste en un léger pivotement de l'astragale autour de la malléole interne comme centre, mais encore, pour que ce mouvement se produise, faut-il que le pied soit dans une certaine extension.

Si les mouvements d'adduction et d'abduction du pied n'ont pas pour siège