

l'articulation tibio-tarsienne, ils n'en exercent pas moins sur elle, lorsqu'ils sont portés à un degré extrême, l'influence la plus fâcheuse : c'est à leur exagération, en effet, que sont dues les *entorses* et les *fractures malléolaires*. Maisonneuve a ajouté un troisième mécanisme qu'il a appelé la *divulsion* ; l'astragale, subissant un mouvement de rotation violent, se mettrait en travers, c'est-à-dire suivant son plus grand diamètre, et ferait éclater la malléole externe. La vérité est que ces divers mouvements se combinent : il est incontestable que, dans l'immense majorité des cas, les fractures malléolaires résultent d'un renversement du pied soit en dedans, soit en dehors ; or, le renversement direct est impossible ; toujours la pointe du pied se dévie en même temps : en dedans pour l'adduction, en dehors pour l'abduction.

Indiquons sommairement les phénomènes qui se produisent dans l'articulation tibio-tarsienne lorsque les mouvements d'adduction et d'abduction du pied sont brusquement exagérés.

J'ai fait, pour élucider cette intéressante question, un grand nombre d'expériences cadavériques en procédant de la manière suivante : la jambe étant fixée sur le bord d'une table à l'aide d'un valet de menuisier, j'imprimais au pied, avec mes mains, un mouvement brusque soit d'adduction, soit d'abduction. Je donnerai seulement un résumé de ces expériences, consignées dans un travail spécial, et je commencerai par le mouvement d'adduction, qui est le plus fréquent.

Dans ce mouvement, le pied tourne de façon que son bord externe repose sur le sol, la face dorsale regarde en dehors, la face plantaire en dedans ; la pointe est dirigée en dedans.

Le premier phénomène qui se produit est la distension des ligaments latéraux externes : l'un ou l'autre est plus ou moins tirailé suivant que le pied est fléchi ou étendu ; l'antérieur, en effet, se relâche dans la flexion, tandis que le postérieur se tend, et réciproquement dans le mouvement d'extension. La distension peut aller jusqu'à la déchirure : cet accident constitue l'*entorse*, qui présente parfois une certaine gravité, supérieure même à celle de la fracture. L'expérience étant conduite d'une manière identique, ce sont tantôt les ligaments et tantôt les os qui s'arrachent, ce dont je n'ai pu trouver une explication valable.

Les ligaments distendus exercent une traction sur la malléole externe et peuvent l'arracher dans les divers points de sa hauteur, quelquefois à son sommet, le plus ordinairement à sa base. La fracture est alors transversale, le périoste généralement conservé, et il n'existe ni déplacement des fragments, ni déviation du pied ; le siège précis de la douleur est souvent le seul signe de fracture. Le côté interne du cou-de-pied est intact. Telle est la fracture par adduction, de beaucoup la plus fréquente, et qui mérite bien le nom de fracture *par arrachement*.

Mais là ne se borne pas toujours le traumatisme. Si le mouvement d'adduction est poussé plus loin, l'astragale, que rien ne retient plus en dehors, vient presser par sa face interne sur la malléole tibiale et la fait éclater à sa base de la face profonde à la superficielle. Cette fracture n'avait, je pense, été signalée par aucun auteur. Je l'ai obtenue plusieurs fois sur le cadavre, et j'ai à conviction (non la certitude, puisque les malades ne sont pas morts), de l'avoir retrouvée sur le vivant. En général, le périoste est conservé, et l'on ne se rend bien compte de la lésion qu'en examinant la malléole par l'intérieur de l'articulation. Sur le vivant, elle se traduit par une douleur occupant un point fixe