

Étudions maintenant les conséquences du mouvement d'*abduction forcée* du pied.

Dans le mouvement d'abduction, le pied repose sur le sol par son bord interne, le bord externe est relevé; la face dorsale regarde en dedans, la face plantaire en dehors, et la pointe est dirigée en dehors.

Le premier phénomène consiste dans la distension ou la déchirure partielle ou totale du ligament latéral interne, ce qui constitue l'entorse, mais l'examen de la figure 308 permet de comprendre comment un ligament aussi puissant arrache la malléole bien plus souvent qu'il ne se déchire lui-même. Le traumatisme peut-il se limiter à ce résultat, c'est-à-dire à l'arrachement simple de la malléole interne? Maisonneuve le contestait, car, ayant admis un mécanisme différent de celui que je propose, il considérait la fracture de la malléole interne comme toujours consécutive à celle du péroné. Je ne puis accepter cette opinion pour les deux raisons suivantes: j'ai obtenu sur le cadavre des fractures isolées de la malléole interne, et je suis certain d'en avoir observé sur le vivant. D'ailleurs, la section transversale si nette de la malléole interne ne prouve-t-elle pas que la fracture se produit par le mécanisme de l'arrachement?

Il faut toutefois reconnaître que si, à la suite d'un mouvement forcé d'adduction, la fracture reste souvent limitée au péroné, il n'en est pas de même de l'arrachement de la malléole interne, succédant au mouvement d'abduction. Lorsque ce dernier effet est produit, le pied se trouvant fortement rejeté en dehors, la face externe de l'astragale vient dans toute sa hauteur faire effort contre la malléole externe et tend à l'écartier du tibia. C'est ce qui arrive, en effet, quelquefois: les ligaments péronéo-tibiaux inférieurs cèdent, et il se produit un diastasis de l'articulation péronéo-tibiale inférieure, mais, le plus ordinairement, le péroné se brise au-dessus des ligaments à 6 ou 7 centimètres du sommet de la malléole, et les ligaments eux-mêmes arrachent la portion du tibia sur laquelle ils sont implantés. J'ai toujours retrouvé cette dernière lésion dans mes fractures expérimentales, et aussi dans les quelques autopsies que j'ai eu occasion de pratiquer.

Il existe donc dans cette fracture trois fragments: la malléole interne, l'extrémité inférieure du péroné et une portion de la face externe du tibia. La mortaise tibio-péronière se trouve ainsi complètement brisée et rien ne retient plus le pied, qui se déjette en dehors, et reste, en quelque sorte, luxé. C'est cette fracture que Maisonneuve a appelée *fracture par divulsion* et à laquelle convient mieux, selon moi, le nom de *fracture bimalléolaire par abduction*.

L'accident, quoique sérieux, n'est pas encore grave, s'il se borne là; mais il n'en est pas toujours ainsi. En se portant en dehors, le pied entraîne avec lui la malléole interne arrachée, mais la lèvre supérieure de la section forme sous la peau une saillie tranchante, d'autant plus prononcée que la luxation l'est elle-même davantage: la peau se trouve tendue et finit par se couper en travers, aussi nettement qu'avec un instrument tranchant. Arrivée à ce degré, la lésion présente, on le conçoit, plus de gravité, puisqu'il s'agit d'une fracture *compliquée* communiquant avec une grande articulation.

Suivant que la déchirure des parties molles péri-articulaires a été plus ou moins complète, et surtout selon que les ligaments péronéo-tibiaux inférieurs ont plus ou moins détaché la portion du tibia sur laquelle ils s'insèrent, la fracture *bimalléolaire par abduction* s'accompagne d'un déplacement