

nouveau-né au moment de l'accouchement par une traction exercée sur le pied.

Cet accident a été surtout observé chez les garçons et, chose remarquable, dans 11 cas sur 28, il est dû à l'engagement d'une jambe entre les rayons d'une roue, l'enfant étant grimpé derrière la voiture. Des coups, des chutes, l'engagement d'une jambe dans un trou, dans un câble, ont été notés comme causes.

Dans le redressement forcé du *genu valgum* par la méthode de Delore on s'efforce d'obtenir un décollement épiphysaire.

La disjonction s'opère suivant une surface courbe représentant la direction normale de la ligne épiphysaire et non suivant un plan rectiligne et transversal. Le plus souvent elle s'accompagne du détachement de très petites esquilles osseuses.

En général, le cartilage de conjugaison reste adhérent à l'épiphyse et la diaphyse n'en entraîne qu'une mince couche. Souvent le périoste de la diaphyse se décolle sur une grande hauteur.

L'articulation du genou échappe d'ordinaire aux désordres des parties voisines.

Le déplacement est variable : le plus habituellement la diaphyse se porte en arrière, c'est-à-dire dans le creux poplité (Delens), quelquefois en dedans. Le fragment inférieur peut subir une rotation sur le supérieur.

**Signes.** — Les signes ne diffèrent pas de ceux qui appartiennent à la fracture sus-condylienne.

La crépitation a parfois un caractère de mollesse et de douceur particulier.

Quand la diaphyse se porte en arrière dans le creux poplité, le chevauchement est considérable et les vaisseaux poplités sont le plus souvent exposés aux effets de la compression.

Très souvent la peau est perforée de dedans en dehors par la diaphyse du fémur.

Quelquefois, la lésion des vaisseaux poplités a donné lieu à une hémorrhagie considérable ou à la gangrène du pied et de la jambe.

Le diagnostic, après avoir fait connaître qu'il ne s'agit pas d'une luxation du genou, se fondera surtout sur l'âge du sujet pour rejeter l'idée d'une simple fracture sus-condylienne et conclure à l'existence du décollement. Car, sauf la crépitation cartilagineuse, qui

encore fait souvent défaut, il n'y a aucun signe pathognomonique de cette lésion.

Le pronostic est toujours sérieux, surtout dans le cas de plaie des parties molles. Il perd aujourd'hui de sa gravité grâce aux moyens actuels de traitement.

**Traitement.** — Dans les cas où il n'y a pas de déplacement, la divulsion sera traitée comme une fracture. Nous recommandons dans ce cas un appareil ouaté-silicaté étendu depuis le pied jusqu'au tiers supérieur de la cuisse.

Quelquefois la réduction est devenue impossible par l'interposition d'un fragment de muscle ou de périoste entre les surfaces arrachées; cette absence de réduction pouvant être suivie de conséquences graves pour la vitalité du membre, on peut être autorisé, après des tentatives inutiles de réduction sous le chloroforme, à aller libérer les parties interposées et à pratiquer la résection de l'extrémité inférieure de la diaphyse.

Cette résection a dû être pratiquée plusieurs fois quand la diaphyse ayant perforé les téguments faisait une saillie irréductible.

### III

#### FRACTURES DE LA ROTULE.

Comparées aux autres fractures, les fractures de la rotule sont rares; dans les statistiques elles ne représentent en moyenne que 2 pour 100 de la totalité. Elles s'observent dans la grande majorité des cas chez les hommes et à l'âge adulte; elles sont exceptionnelles chez les enfants.

**Causes et mécanisme.** — La fracture peut être produite par une cause directe, un coup de pied de cheval, un coup de bâton, une chute sur un corps saillant. Le plus souvent elle est due à la *contraction musculaire*. Celle-ci agit en tirant sur la portion supérieure de l'os, tandis que sa partie inférieure est fixée par le ligament rotulien; il en résulte un véritable levier avec l'extrémité inférieure du fémur pour point d'appui. La fracture se produit alors par une *flexion* de l'os, et cette rupture n'a pas besoin d'être préparée par une altération pathologique antérieure de la rotule, comme le supposait Malgaigne.

La fracture se produit donc en général dans la *demi-flexion* de la jambe sur la cuisse, position où l'action du triceps est la plus puissante.

Souvent la contraction musculaire est cause de la fracture, bien qu'une chute sur le genou puisse faire croire à l'intervention d'une cause directe. L'effort brusque pour retenir le corps ou pour le relever détermine la fracture, alors même que la rotule n'a pas touché le sol, comme la chose arrive dans la flexion complète de la jambe sur la cuisse où le contact du sol se fait sur la tubérosité du tibia.

C'est encore dans la flexion que la fracture se produit dans l'acte de monter à cheval (Agnew).

Malgaigne avance que la contraction musculaire peut aussi déterminer la rupture par une traction verticale faite suivant l'axe de l'os, c'est-à-dire dans l'extension complète. Au moment d'une contraction exagérée, comme dans l'action de donner un coup de pied ou de s'élever en dansant, les muscles tendent à forcer l'extension et, par suite de la résistance des ligaments, à rompre la rotule. Ce mécanisme doit être rare et la fracture peut dans ce cas s'expliquer peut-être par une altération préalable de l'os, quelquefois par une sorte de prédisposition héréditaire (Trélat).

**Variétés.** — Les fractures par cause directe sont exceptionnellement *transversales*; le plus souvent, le trait de la fracture est oblique ou vertical. Quelquefois il se produit des fractures multiples ou en éclats, divers traits de fracture divisant la rotule en plusieurs fragments.

Au contraire, dans la fracture par action musculaire, le trait de fracture est *transversal* et cette direction suffit à faire reconnaître cette variété de fracture. En effet, il est impossible sur le cadavre d'obtenir cette ligne de fracture par un coup appliqué directement.

Outre la direction transversale, le trait est généralement oblique d'avant en arrière et de haut en bas (Hamilton).

Quand la rotule s'est rompue transversalement sous l'influence de la contraction musculaire, les fibres du triceps qui s'insèrent sur les côtés de l'os continuant à agir, peuvent fracturer l'os verticalement ou amener l'écartement latéral des fragments (Hamilton).

Cette fracture, dans la grande majorité des cas, est unilatérale et siège à droite.

Le trait de fracture se trouve vers le tiers inférieur ou au-dessous; de sorte que le fragment inférieur est toujours beaucoup plus petit que le supérieur; il est parfois même tellement petit qu'on croirait au premier abord à un arrachement du ligament rotulien.

Dans la plupart des cas, la lésion est bornée à l'os, à son périoste et aux quelques fibres du tendon du triceps, qui passent en avant de l'os pour aller se continuer avec le ligament rotulien.

Mais quelquefois les ailerons ligamenteux de la rotule, respectés dans les fractures directes, sont déchirés dans la fracture par contraction musculaire et la rotule est presque libre sur ses côtés.

Cette rupture des ailerons latéraux peut se faire secondairement dans un effort du blessé pour se relever ou pour marcher.

La destruction ou la conservation de ces ligaments fibreux latéraux a la plus grande influence sur l'écartement des fragments.

Le fragment inférieur ne subit aucun déplacement, attaché au tibia par le ligament rotulien. Le fragment supérieur s'éloigne dans des proportions très variables suivant la cause de la fracture, suivant l'état des liens fibreux.

Il est toujours attiré en haut par la tonicité et la contraction du triceps; mais, dans la fracture directe, l'écartement des fragments, prévenu par la conservation du tissu fibreux et la direction plus ou moins oblique ou verticale du trait de fracture, est peu considérable, quelquefois même il fait complètement défaut.

Dans la fracture transversale par contraction musculaire, si les ligaments latéraux sont conservés, l'écartement est de 1 ou de 2 centimètres et demi; s'ils sont rompus, l'ascension du fragment supérieur peut l'entraîner à 4, 5 et même 8 ou 9 centimètres du fragment inférieur.

Un autre agent de l'écartement des fragments est l'épanchement qui se fait rapidement dans l'articulation: au bout de quelques instants celle-ci se trouve remplie de sang, et un peu plus tard de sérosité sanguinolente. Pour J. Hutchinson, l'écartement des fragments est dû surtout à la pression de ce liquide bien plus qu'à la contraction du triceps, qui subit quelquefois une atrophie marquée et durable.

En général la paroi postérieure de la bourse prérotulienne est déchirée et l'articulation n'est plus fermée en avant que par la peau mince de la région. Cette peau n'a jamais été vue déchirée au

moment d'une fracture primitive de la rotule; cet accident a été constaté, au contraire, un petit nombre de fois au moment de la rupture d'un cal fibreux unissant une fracture plus ou moins ancienne.

**Signes.** — Dans la fracture par contraction musculaire, il se produit une vive douleur et quelquefois un craquement au siège de la fracture. Le blessé peut quelquefois rester debout et même chercher à marcher à *petits pas* ou à *reculons*; mais le plus souvent il tombe sur le *dos*, la jambe fléchie sous lui. Quand la fracture, au contraire, dépend de la chute, le blessé tombe en *avant* ou pour le moins sur le côté, la jambe modérément fléchie. Un signe plus précis de la fracture *directe* est la présence d'une ecchymose ou d'une plaie ou excoriation légère à la peau du genou, signe qui fait le plus souvent défaut dans la fracture par contraction musculaire.

Le genou présente une forme globuleuse et arrondie comme toutes les fois qu'il est distendu par un épanchement.

Dans les premiers moments de l'accident, avant que la jointure ne soit remplie, la pression atmosphérique déprime la peau entre les fragments à la manière d'une gouttière transversale.

L'écartement et la mobilité transversale des fragments sont des signes à peu près constants: peu marqués dans les fractures par éclatement de cause directe, la mobilité anormale et l'écartement des fragments sont parfois énormes dans les fractures par contraction musculaire. Cet écartement, qui peut aller jusqu'à 9 centimètres et même plus, est compris en général entre 1 et 3 à 4 centimètres dans l'extension du genou, et s'accroît de plus en plus dans la flexion.

La crépitation ne peut être obtenue que s'il n'y a qu'un faible écartement; sinon, le membre étant dans l'extension, les fragments devront être rapprochés l'un de l'autre pour obtenir ce signe. Assez souvent, par suite de la quantité de l'épanchement ou de la contraction du triceps, ni le rapprochement des fragments ni la crépitation ne peuvent être obtenus. Cette recherche, en général inutile, provoque une vive douleur.

Au bout de la deuxième ou de la troisième semaine, l'épanchement est résorbé et à ce moment la peau peut encore se déprimer entre les fragments, mais moins qu'au début, à cause du rapprochement des fragments et de la présence du cal fibreux.

**Diagnostic.** — Le diagnostic de la fracture de la rotule est en général facile. Quand on a pu imprimer à chacun des fragments des mouvements de latéralité, le diagnostic est absolument certain; il ne reste plus qu'à apprécier le degré d'écartement des fragments et la variété de fracture.

D'après Tillaux, un épanchement sanguin dans la bourse prérotulienne peut donner lieu à de la crépitation et les caillots fournissent même au doigt la sensation d'un véritable écartement. Avec un peu d'attention, il est facile de s'assurer que tous ces phénomènes se passent au-dessus de la rotule.

La rupture du ligament rotulien ou du tendon du triceps se distinguera d'une fracture du sommet ou de la base de la rotule par le siège même de la lésion.

Le diagnostic des fractures directes, sans écartement, est plus difficile. On peut cependant en général provoquer de la crépitation et suivre avec le bout de l'ongle un ou plusieurs traits de fracture suivant lesquels la douleur est localisée.

**Marche. — Terminaisons.** — Au bout d'une semaine ou deux, l'épanchement sanguin se résorbe et le travail de consolidation commence. Dans les fractures directes, sans écartement, avec conservation des tissus fibreux, il est possible que dans un assez grand nombre de cas les fragments se réunissent par un cal osseux.

Dans les fractures transversales par contraction musculaire, la consolidation osseuse est *tout à fait exceptionnelle* et la formation d'un cal fibreux est la règle.

Si l'écartement primitif était peu prononcé et si les ligaments latéraux de la rotule étaient conservés, le cal fibreux peut être très court au début et sa brièveté peut même donner l'illusion d'une réunion osseuse; mais l'écartement augmente après que le blessé a commencé à se servir de son membre et la mobilité des fragments de la rotule redevient évidente.

Ce cal fibreux peut avoir une longueur énorme qui va toujours en augmentant avec les fonctions du membre; il peut acquérir jusqu'à 12 centimètres de longueur. D'après Malgaigne, il est d'une certaine épaisseur au niveau des fragments; mais il va en s'amincissant vers le centre, où il adhère souvent au *fascia superficialis* et parfois à la peau.

L'épaisseur et la longueur de la bande fibreuse intermédiaire,

variables suivant les cas, sont en général en raison inverse l'une de l'autre. La force de résistance de ce lien est bien au-dessous de celle du ligament rotulien; d'où la fréquence de sa rupture par contraction du triceps, alors que le ligament rotulien continue à résister.

Un fait important consiste dans l'*allongement consécutif* avec amincissement progressif du cal fibreux. Ce phénomène est dû aux contractions du triceps et à la répétition des mouvements de flexion pendant la marche.

Le fragment *supérieur*, attiré par le triceps, remonte sur le fémur, où il se crée une sorte d'articulation nouvelle; il y subit quelquefois une certaine atrophie. Le fragment *inférieur* subit un changement de direction remarquable, en vertu duquel la surface cartilagineuse regarde en *haut* et la surface fracturée plus ou moins en *avant*. La réunion fibreuse se fait alors non bout à bout, mais entre la face antérieure du fragment supérieur et la face supérieure du fragment inférieur. En outre, ce fragment inférieur se trouve attiré en bas jusqu'au contact du tibia parfois, c'est-à-dire qu'il s'abaisse de plus de 5 centimètres par la rétraction progressive du ligament rotulien.

Quelquefois les fragments subissent une véritable hypertrophie qu'il ne faut pas confondre avec les ostéophytes qu'on rencontre fréquemment sur les bords de la fracture. Dans d'autres cas, on observe au contraire une atrophie des deux moitiés de l'os.

Le muscle triceps subit aussi une atrophie fonctionnelle marquée, liée à l'arthrite, et pendant fort longtemps ne jouit pas de l'intégrité de sa puissance contractile.

Quand le cal fibreux mesure moins de deux centimètres et demi, il est presque aussi avantageux qu'un cal osseux et, au bout d'un an ou deux, les malades ont retrouvé presque complètement les fonctions du membre. Souvent, néanmoins, il persiste pendant fort longtemps et quelquefois pendant toute la vie une gêne plus ou moins marquée des mouvements du genou, avec faiblesse et incertitude du membre.

Si le cal fibreux a plus de deux centimètres et demi, le blessé éprouve en général une gêne très notable pour mettre le membre dans l'extension complète et forcée : cette gêne va souvent jusqu'à l'impossibilité absolue.

Le principal obstacle au rétablissement des fonctions de la jointure est l'ankylose fibreuse; cette ankylose, qu'on ne peut rompre par la

violence, ne peut être vaincue qu'à la longue par les mouvements spontanés du membre et en général s'oppose pendant plusieurs années et quelquefois toujours à la flexion complète de la jambe sur la cuisse.

Jointe à l'atrophie du muscle triceps, elle joue un rôle important dans la gêne fonctionnelle consécutive aux fractures de la rotule.

La *rupture du cal fibreux* ou fracture *itérative* est un accident assez fréquent, puisque sur 127 cas de fracture de la rotule, Hamilton l'a observé 27 fois. Il se produit en général dans les trois premiers mois qui suivent l'ablation de l'appareil; à l'occasion d'une chute, d'un mouvement forcé ou dans une tentative de flexion pour vaincre la raideur du genou.

Dans ces cas, l'adhérence du cal fibreux à la peau amène une déchirure plus ou moins grande de celle-ci, et il en résulte une large ouverture de l'articulation.

Une autre conséquence possible de la fracture d'une rotule est la fracture de la rotule du côté opposé : celle-ci est due sans doute à la plus grande somme d'efforts que déploie le membre sain pour soutenir le corps, quand le blessé est menacé de perdre l'équilibre.

Le *pronostic* se trouve établi par les considérations précédentes.

Sans être grave, il n'est pas favorable, puisque, dans la plupart des cas, la fracture est suivie d'un affaiblissement de l'articulation et de tout le membre. En outre, la jointure, moins bien protégée par le cal fibreux, court le risque d'être facilement ouverte, comme cela a été observé.

**Traitement.** — Les fractures directes sans écartement ne nécessitent pas de traitement spécial; l'immobilisation du membre en extension dans une gouttière sur un plan incliné et une légère compression de manière à prévenir l'écartement des fragments seront en général des moyens suffisants. La consolidation peut se faire en 40 à 50 jours.

Dans les fractures transversales par contraction musculaire, il faut partir de ce principe que, malgré tous les moyens, la consolidation se fera par un cal fibreux dans l'immense majorité des cas et que tous les efforts du traitement doivent tendre à obtenir ce cal fibreux aussi court que possible.

Les quatre indications du traitement sont :

1° Rapprocher le fragment inférieur du supérieur, en mettant le

membre dans la rectitude, c'est-à-dire en étendant la jambe sur la cuisse ;

2° Assurer l'immobilité du genou à l'aide d'un appareil ;

3° Relâcher le muscle triceps ;

4° Rapprocher les fragments par une pression directe.

La première et la troisième indication se trouvent remplies en mettant le membre inférieur élevé, la cuisse fléchie sur le bassin. L'élévation du membre sera obtenue soit à l'aide d'un plan incliné, soit par la suspension du membre dans un hamac.

L'écartement des fragments étant dû en partie à l'épanchement intra-articulaire, celui-ci devra être tout d'abord combattu avant l'application d'un appareil quelconque agissant sur les fragments.

Cet épanchement pourra donc être tout d'abord attaqué à l'aide d'une série de vésicatoires (Guyon, Tillaux), pendant que le membre est immobilisé dans la gouttière ; il peut être aussi avantageusement combattu à l'aide d'une compression ouatée. Aujourd'hui, je conseillerais volontiers l'emploi de la bande de caoutchouc modérément serrée et laissée en place deux ou trois jours. Cette bande doit être surveillée et enlevée dès qu'elle détermine des douleurs notables. Elle doit envelopper le membre depuis les orteils jusqu'au tiers inférieur de la cuisse.

La compression du genou peut être faite d'une manière très efficace en plaçant sur la partie antérieure du cul-de-sac sous-tricipital et sur les côtés de la rotule de grosses éponges, de volume approprié, maintenues en places par la bande de caoutchouc ou même simplement par une bande de toile.

Si l'épanchement est d'emblée très abondant, il y aura grand avantage à le vider par la ponction aspiratrice et à faire suivre son ablation d'une compression avec de l'ouate ou une bande de caoutchouc.

La ponction doit être faite à un moment le plus rapproché possible de l'accident, afin de ne point laisser au sang épanché le temps de se prendre en caillots. Elle sera faite avec grand avantage jusqu'au cinquième ou sixième jour après la fracture.

Le rapprochement des fragments, même après l'évacuation du liquide, est toujours le point difficile à réaliser du traitement : tous les appareils qui exercent une pression sur les sommets des fragments par l'intermédiaire de la peau ont tendance à glisser sur les téguments ; ou, si la pression est assez forte pour s'exercer profon-

dément, elle est douloureuse et ne peut être supportée. En outre, elle fait regarder en haut et en avant les surfaces fracturées et les fragments bâillent en avant et ne sont tangents qu'en arrière sur une faible étendue.

Je ne saurais signaler tous les appareils imaginés pour opérer ce rapprochement : les griffes de Malgaigne, avec les modifications que Trélat, Le Fort et Duplay leur ont fait subir dans l'application, constituent encore les meilleurs instruments de contention. Mais il faut savoir qu'elles ne donnent que des consolidations fibreuses et que le cal n'est pas sensiblement plus court que par les autres procédés.

Je me contente de dire ici la conduite que je crois la plus pratique pour le traitement des fractures de la rotule. Cette conduite très simple ne donne pas des résultats inférieurs à tous les autres modes de traitement, beaucoup plus compliqués.

Immédiatement après l'accident, le membre sera enfermé depuis le pied jusqu'au tiers moyen de la cuisse dans une demi-gouttière plâtrée, laissant à nu toute la face antérieure de la jambe et de la cuisse et du genou.

Le membre ainsi immobilisé dans la rectitude sera mis sur des coussins disposés en plan incliné ou suspendu dans un hamac.

Une compression ouatée modérément serrée sera faite sur le genou et renouvelée de trois jours en trois jours jusqu'à ce que l'épanchement sanguin soit presque complètement résorbé. On peut aller plus vite en exerçant la compression, comme je l'ai dit, avec la bande élastique et des éponges.

Dès que l'épanchement sera suffisamment diminué pour rapprocher les fragments, ceux-ci seront autant que possible rapprochés l'un de l'autre à l'aide des doigts et leur rapprochement sera maintenu par des tours de bandes obliques faits avec la bande de caoutchouc. L'action constante du tissu élastique lutte avantageusement contre la contraction musculaire et la rétraction du ligament rotulien. En outre, la bande prenant point d'appui non seulement sur le sommet des fragments, mais aussi sur leur partie médiane par les tours de bande circulaires intermédiaires aux tours obliques, n'a pas tendance à faire bâiller des fragments, en avant comme les moyens de contention qui n'appuient qu'au-dessus et au-dessous de la rotule.

Enfin la constriction avec la bande élastique peut être longtemps

supportée grâce à la gouttière plâtrée postérieure, dont la résistance empêche la compression des vaisseaux poplités et par suite tous les inconvénients inhérents à un bandage serré.

Il est bon, du reste, de défaire la bande élastique au bout de quelques jours pour s'assurer de l'état des parties sous-jacentes, de l'intégrité de la peau, du degré de rapprochement des fragments, de la persistance de l'épanchement articulaire, etc.

Dans la fracture avec grand écartement de 3, 4 ou 5 centimètres, aucun moyen n'assurera d'une manière parfaite la coaptation des fragments. Il faut s'attendre à ne corriger qu'une partie du déplacement et diriger tous ses efforts pour obtenir un cal fibreux n'ayant pas plus d'un à deux centimètres.

Dans ces cas, la griffe de Malgaigne nous paraît encore l'appareil de choix, après immobilisation du membre dans la rectitude par une gouttière plâtrée.

En prenant du côté de la peau les précautions antiseptiques nécessaires, en saupoudrant les points d'implantation des griffes de poudre d'iodoforme, en appliquant par-dessus tout le genou un pansement protecteur modérément serré, composé de gaze de Lister ou de gaze iodoformée chiffonnée, les griffes seront tolérées sans ulcération de la peau et sans accident d'aucune sorte.

Dans ces dernières années, Cameron, Lister, Mac-Ewen et autres ont fait la *suture* des fragments osseux, dans les fractures simples de la rotule, c'est-à-dire sous-cutanées. Le foyer de la fracture est mis à nu par une incision verticale et les fragments sont rapprochés au moyen de fils métalliques traversant les fragments.

Cette conduite hardie, qui n'est justifiée que par l'habileté des hommes qui l'ont mise en pratique, ne saurait être généralisée malgré les bons résultats qu'elle a donnés dans certains cas. Elle fait courir des risques qui ne sont pas en général motivés par les troubles fonctionnels consécutifs à des traitements plus simples. La gêne fonctionnelle ultérieure semble beaucoup plus provoquée par l'atrophie du triceps et la raideur du genou que par la présence du cal fibreux.

En revanche, la suture osseuse sera la véritable méthode thérapeutique dans les fractures *compliquées* de plaies.

Elle est encore autorisée dans les fractures anciennes de la rotule non consolidées ou mal consolidées, dans lesquelles tous les troubles

fonctionnels paraissent liés à l'écartement des fragments ou à leur situation déficiente.

Il sera indispensable dans tous les cas de fracture de la rotule, après la levée de l'appareil, de ne pas considérer le traitement comme fini ; il reste à électriser ou à masser le triceps, dont l'atrophie est toujours très prononcée et à masser et à ramollir les téguments et les tissus périarticulaires, dont une longue immobilisation a modifié la vitalité.

On ne devra jamais, au moins dans les premiers mois, chercher à rétablir les mouvements d'une manière rapide par la flexion du genou. Cette pratique expose à la rupture du cal fibreux et quelquefois à la rupture des téguments et à l'ouverture de l'articulation.

Le genou devra être, dans un grand nombre de cas, recouvert d'une genouillère et quelquefois soutenu avec un appareil à tuteurs latéraux, si la solidité de la jointure n'est pas suffisante pour permettre les tentatives de marche.

## IV

## FRACTURES DES OS DE LA JAMBE.

Les fractures des os de la jambe comprennent :

- 1° Les fractures *simultanées* du tibia et du péroné ou *fractures de jambe proprement dites* ;
- 2° Les fractures *isolées* du tibia ;
- 3° Les fractures *isolées* du péroné.

D'une manière générale, ces fractures de la jambe sont très fréquentes : en faisant une moyenne d'un grand nombre de statistiques réunies par divers observateurs, on arrive au chiffre de 18 à 20 pour 100 des fractures des os de la jambe pour la totalité des fractures.

Les fractures des deux os sont les plus fréquentes ; puis viennent ensuite les fractures du péroné et enfin les fractures du tibia.

Elles appartiennent surtout à l'âge adulte, avec un maximum de fréquence entre 35 et 40 ans.