

de la jambe, avec chevauchement. Elle ne s'est consolidée qu'au bout de quatre mois; et six semaines après l'accident, lors de la levée du premier appareil, il y avait une mobilité anormale, presque aussi accusée qu'au premier jour de la fracture. Le malade était un homme de trente-quatre ans, bien portant, vigoureux, arthritique cependant. Il avait reçu les soins les plus éclairés, c'est un chirurgien, notre collègue, qui avait été soigné par des maîtres tels que Le Fort et Périer. S'il y avait eu interposition musculaire, la pseudarthrose se serait certainement produite; le retard de la consolidation ne nous paraît pouvoir être attribué qu'au chevauchement des fragments.

Toutes les variétés de *pseudarthroses* ont été observées à la suite des fractures de jambe. Les plus rares sont celles qui appartiennent à la variété fibro-synoviale. Cependant Chassaignac, en 1856, en a fait connaître un exemple remarquable à la Société de chirurgie; Berger en a tout récemment présenté un nouveau cas avec examen anatomique fort complet.

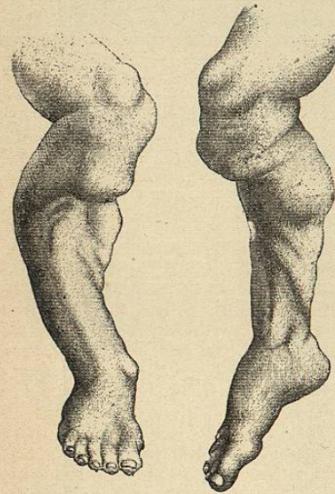


FIG. 252. — Pseudarthrose de la jambe. (D'après Béranger-Féraud.)

La pseudarthrose est d'ailleurs rare à la jambe. Walker (d'Oxford) évalue la proportion à 5 pour 1000 fractures. Lonsdale, dans l'espace de dix ans, et sur 4000 fractures, n'aurait constaté que 5 à 6 pseudarthroses de la jambe. Cependant Norris en a trouvé 18 sur 1200 fractures. Malgaigne en a recueilli 11 cas. Béranger-Féraud, dans son travail classique, sur 1005 cas de pseudarthroses, en trouve 242 pour la jambe.

Nous n'avons pas à revenir ici sur les causes de ces pseudarthroses qui sont à la jambe ce qu'elles sont ailleurs. Nous dirons que souvent la pseudarthrose est incompatible avec la marche et le fonctionnement régulier du membre, mais que, dans quelques cas, le malade n'en est pas trop incommodé. Letenneur (de Nantes) a rapporté un cas où, malgré un écartement des os atteignant plusieurs centimètres, le blessé

se livrait à la profession pénible de portefaix, et était doué d'une grande vigueur; c'est là une exception.

Le traitement de ces pseudarthroses est d'ailleurs soumis aux mêmes règles que celui des pseudarthroses en général.

On a fait avec succès, ici, la greffe osseuse à l'aide de petits morceaux empruntés à l'un des fragments et interposés dans la perte de substance séparant les deux extrémités fracturées (Vallas, *Lyon médical*, 1894); Mueller (*Centralbl. f. chir.*, 1895) a obtenu, comme Vallas, un succès, mais en interposant, entre les fragments, sans avivement préalable, un lambeau ostéo-périostique pris sur l'un des fragments.

Les cals vicieux fréquemment observés à la jambe sont constitués, soit par la consolidation des os dans une position vicieuse (cals angulaires), soit par la formation d'un cal, englobant les quatre fragments, comprimant les nerfs et les vaisseaux. D'ailleurs, toutes les variétés de cals difformes peuvent se

retrouver à la suite des fractures de jambe. Ajoutons toutefois que, quand le péroné n'est pas fracturé, et qu'il existe un certain degré de chevauchement du côté du tibia, on constate soit une luxation de la tête du péroné sur le plateau tibial, soit une incurvation du péroné qui s'adapte ainsi au raccourcissement du tibia.

Les cals vicieux doivent être traités différemment, selon la variété à laquelle ils appartiennent. On commencera toujours par sectionner le péroné dont on retranchera, par la suite, une portion correspondant à la perte de substance qu'on aura fait subir au tibia. S'il s'agit d'un cal angulaire sans chevauchement, c'est tantôt à l'ostéotomie transversale simple, tantôt à l'ostéotomie cunéiforme qu'il faudra s'adresser; s'il y a chevauchement, il faudra recourir à l'ostéotomie oblique selon la méthode d'Hennequin. La suture sera souvent nécessaire pour maintenir les fragments en place; si l'ostéotomie faite, ils n'ont point de tendance à s'abandonner, l'extension continue pourra suffire, pour assurer la guérison, dans une bonne attitude.

IV

FRACTURES DU PÉRONÉ

POUTEAU, Mémoire sur les fractures du péroné. Œuvres posthumes, 1787. — MAISONNEUVE, Recherches sur la fracture du péroné. *Arch. de méd.*, 1840, t. VII, p. 165. — ROUGEDEMON-TANT, Fractures indirectes du péroné. Thèse de Paris, 1866. — TILLAUX, Des fractures malléolaires. *Acad. de méd.*, 1872. *Gaz. hebdom.*, 1872. — DIDIONOW, Mécanisme des fractures malléolaires. Thèse de Paris, 1872. — DENY, De la fracture du péroné avec déchirure du ligament latéral interne. Thèse de Paris, 1876. — HOENIGSCHMIED, Expériences cadavériques sur la rupture des ligaments de l'articulation tibio-tarsienne et la production des fractures indirectes des malléoles. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, VIII, 1877. — CLIPPINGDALE, Fracture de l'extrémité inférieure du péroné. Siège, causes, complications. Statistique de Londres. *Medical Times and Gaz.*, t. II, p. 541, 1878. — DURET, *Gazette médicale*, 1886, n° 55. — G. CALLENDER, Note sur les entorses compliquées de fracture. *Philadelph. med. Times*, 12 octob. 1878. — DUNAND, Thèse de Paris, 1878, n° 217. — MERCIER, Thèse de Paris, 1880, n° 316. — TISSERAND, Thèse de Paris, 1880. — LOMPRÉ, Thèse de Paris, 1885. — TRÉLAT, Leçons sur les fractures du péroné. *Gaz. des hôp.*, 24 mai 1885. — ROUTIER, *Progrès médical*, 11 octobre 1884. — TILLAUX, Fracture bi-malléolaire par abduction. *Gaz. des hôp.*, 28 janvier 1886.

Étiologie. — Avec les fractures des côtes et du radius, les fractures du péroné sont de toutes les plus fréquentes. Aussi, les auteurs qui s'en sont occupés, se sont-ils efforcés d'en établir avec soin le pourcentage, et malgré les résultats très différents auxquels ils sont arrivés, on en peut conclure que c'est une variété de fracture extrêmement fréquente. Le relevé a été fait sur de grandes statistiques et nous y trouvons les chiffres suivants: pour Dupuytren, il y a une fracture du péroné sur trois fractures observées, proportion évidemment exagérée; elles se chiffrent par 14 ou 15 pour 100 suivant la plupart des auteurs, 25 pour 100, c'est-à-dire 1/4 pour Malgaigne et Lonsdale. Dans cette énumération on comprend toutes les fractures de l'os. Elles doivent être divisées en:

- 1° Fractures de la partie moyenne ou de la diaphyse (rares);
- 2° Fractures de l'extrémité supérieure (très rares);
- 3° Fractures de l'extrémité inférieure (fréquentes).

1^o FRACTURES DE LA PARTIE MOYENNE OU DE LA DIAPHYSE DU PÉRONÉ

Nous nous sommes suffisamment expliqués dans les chapitres précédents sur les fractures de la diaphyse du péroné qui accompagnent les solutions de continuité du tibia pour n'avoir pas à y revenir ici. — Nous n'avons en vue, pour le moment, que les fractures isolées de la diaphyse du péroné.

Nous ne connaissons pas d'observations où une cause indirecte ait pu être invoquée pour l'expliquer, d'ordinaire il s'agit de causes directes (coups, chutes sur un corps dur et anguleux, etc.).

Cloquet et Bruns ont signalé quelques cas de fractures incomplètes, mais il s'agit presque toujours de fractures complètes. — Celles-ci sont tantôt transversales, tantôt obliques, quelquefois doubles (deux traits situés à quelque distance l'un de l'autre isolent un segment de la diaphyse péronière), assez souvent comminutives.

Le chevauchement ne peut avoir lieu, puisque le tibia fait office d'attelle; il faudrait pour cela qu'il y eût luxation, soit en haut, soit en bas de l'articulation péronéo-tibiale; mais il peut y avoir déplacement d'un des fragments obéissant à la direction de la violence, vers l'espace interosseux.

Le péroné est entouré par les muscles péroniers latéraux, il est difficilement accessible à sa partie moyenne, même quand il n'y a pas de gonflement, aussi conçoit-on qu'il ne soit pas toujours facile de reconnaître la fracture. L'ecchymose primitive qui résulte du choc direct n'a pas de valeur, le déplacement n'existe pas ou est peu prononcé, la crépitation est difficile à percevoir; c'en est assez, nous semble-t-il, pour qu'on croie à une contusion simple alors qu'il y a fracture de l'os. — Toutefois, la douleur à la pression, limitée en un point restreint, et, quelquefois, la dépressibilité anormale de la région péronière correspondant à ce point douloureux, permettront de faire le diagnostic qui sera évident si on est assez heureux pour percevoir la crépitation.

Il est assez fréquent de constater une mobilité anormale bien évidente quand il s'agit de fracture double, ou comminutive.

Il ne faut pas compter, pour établir le diagnostic, sur les signes fonctionnels habituels aux fractures, on marche avec une solution de continuité de la diaphyse péronière, aussi bien que s'il s'agissait d'une contusion simple. — L'erreur entre ces deux affections, fracture et contusion, est d'ailleurs sans inconvénient. — L'immobilisation est inutile ici, et le massage nous paraît absolument indiqué. — A supposer qu'il y ait enfoncement d'un fragment vers l'espace interosseux, on ne saurait prétendre à le corriger par l'application d'un appareil inamovible; ce déplacement serait d'ailleurs sans inconvénients, à l'encontre de ce qui se passe pour l'avant-bras.

La consolidation des fractures de la diaphyse du péroné a lieu en trois semaines, un mois au plus.

2^o FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU PÉRONÉ

Nous laissons de côté les fractures de l'extrémité supérieure de cet os qui coïncident avec une lésion de la malléole interne ou de l'articulation péronéo-

tibiale inférieure; nous y reviendrons à la fin de ce chapitre, nous ne parlerons, pour le moment, que des fractures isolées de ce segment de l'os, indépendantes de toute autre lésion des os de la jambe ou de la région tibio-tarsienne.

Les fractures isolées de l'extrémité supérieure du péroné peuvent résulter de causes directes : coup de feu, action d'un corps pesant, choc contre un corps dur; mais elles sont dues, dans la grande majorité des cas, à l'action du biceps, il s'agit alors d'un véritable arrachement de la tête du péroné. « Ces fractures ne sont connues que depuis 1854, époque à laquelle le docteur Hergott présentait à la Société médicale du Haut-Rhin l'histoire détaillée d'un cas de fracture de la tête du péroné, produite par une violente contraction du biceps crural. MM. Weber et Muller rapportèrent, dans la même séance, deux observations analogues; le 24 mars 1880, M. le professeur Duplay communiquait à la Société de chirurgie deux observations de fractures de la tête du péroné avec paralysie du sciatique poplité externe (l'une accompagnée d'autopsie); M. Maurice Perrin (service de Gaujot) et M. Terrier prirent la parole dans cette même séance, pour rapporter des cas analogues. — Ces différents faits inspirèrent les thèses de Tisserand (Paris 1880), de Couette (1881), qui, aux observations précédentes, ajouta deux cas de Callender (*Saint-Bartholomew's hospital Report*, vol. VI, 1870, p. 54) et un cas de Thibierge observé dans le service de Gosselin (G. Marchant, *France médicale*, n^{os} 25 et 24, 1889). » Signalons encore la thèse de Dumolard (Lyon 1882).

C'est en général par une contraction violente du biceps, pour éviter une chute, que se produit l'arrachement de la tête du péroné. Weir (*New-York medical Journal*, 1888) a rapporté un cas où l'arrachement, par le tendon du biceps, s'était produit dans un mouvement d'adduction forcée de la jambe.

Symptômes. — Au moment de l'accident, le malade perçoit quelquefois un craquement et éprouve, toujours, une douleur vive au niveau de l'articulation péronéo-tibiale supérieure; douleur qui s'irradie le long du trajet du nerf sciatique poplité externe.

La palpation permet de reconnaître une *dépression* que l'on rencontre au lieu de la saillie habituelle de la tête du péroné; de plus, on peut sentir, à la partie supérieure et externe du creux poplité, une *tumeur osseuse* mobile, se rapprochant du péroné pendant la flexion de la jambe; et au-dessous de la dépression, l'extrémité supérieure de la diaphyse péronière anormalement mobile. A cause de la proximité de l'articulation, on trouve souvent un *épanchement dans le genou* qui offre une laxité spéciale, due à la déchirure de son ligament latéral externe.

Mais de toutes les lésions qui accompagnent cette fracture, une des plus fréquentes, qui existerait dans toutes les observations (Sébileau) et qui constitue une véritable complication, consiste dans la *blessure du nerf sciatique poplité externe*. Cette lésion entraîne la paralysie des muscles de la région antéro-externe de la jambe, et détermine l'attitude du pied en varus équin, circonstance fort importante pour le pronostic de cette fracture.

Au reste, les auteurs ont différemment interprété cette lésion du sciatique poplité externe; ce peut être une contusion, une élongation produite par le raccourcissement du biceps (Thèse de Couette. Paris, 1881. Leçon de Charcot 1887. — Blin et Damaye [nouvelle iconographie de la Salpêtrière, n^o 2, 1888]). Tardivement, le cal peut comprimer ou comprendre le nerf dans son épaisseur,

ainsi que G. Marchant en a rapporté un bel exemple, à la Société de chirurgie ⁽¹⁾.

Cette lésion a pour résultat une douleur très vive sur le trajet du nerf, suivie d'anesthésie plus ou moins marquée; survient ensuite une hyperesthésie, irradiée au pied et au talon qui consiste surtout en sensations intolérables de cuisson et de brûlure; simultanément s'observe la paralysie motrice, souvent, aussi, des troubles trophiques.

« Le pronostic de cette fracture est des plus sérieux à cause des complications nerveuses; dans les deux cas de Callender, les malades durent subir l'amputation pour des névrites intenses. Dans le cas de Gaujot, le blessé ne pouvait marcher sans bottines lacées, et, au bout d'une demi-heure, il était forcé de s'arrêter; le malade de Duplay, au bout de cinq mois, pouvait à peine faire quelques pas avec des béquilles, celui de Terrier avait des troubles trophiques au niveau du cou-de-pied, etc. » (G. Marchant).

Traitement. — Il est assez difficile à formuler. — Il y a ici deux choses à considérer, la fracture et les complications nerveuses qui sont constantes.

Si la tête du péroné peut être maintenue en place par un bandage que l'on inventera selon les circonstances, il faut se contenter de ce moyen; la consolidation se fait en général par un cal osseux, quelquefois fibreux (Duplay); mais, si la tête séparée de la diaphyse ne peut être maintenue en place, il faudrait, à notre avis, ouvrir le foyer de la fracture afin de suturer les fragments osseux ⁽²⁾; cette conduite nous paraît d'autant plus indiquée qu'il est bien probable que les troubles nerveux sont dus, quelquefois, à une elongation du sciatique poplité externe, par suite du déplacement inhérent à l'action du biceps. — Dans les cas où on soupçonnait qu'il en était ainsi, on a pratiqué, à ciel ouvert, la section du tendon péronier de ce muscle. On ouvrirait encore le foyer de la fracture si on pensait à la blessure ou à l'irritation du nerf par une esquille.

Les troubles nerveux ne disparaissent que progressivement, et, dans presque toutes les observations, il est resté des traces de la lésion du nerf sciatique poplité externe.

Si on soupçonne que ces troubles sont dus à un cal emprisonnant le nerf, il faut réséquer ce cal, l'évider de façon à libérer le cordon nerveux; la très belle observation de G. Marchant montre quel parti on peut tirer de cette intervention.

Nous signalerons encore, dans les solutions de continuité de l'extrémité supérieure du péroné, la fracture par diastase de Maisonneuve.

Dans un mouvement forcé de rotation du pied qui porte sa pointe en dehors, le péroné se brise, d'après Maisonneuve, à 5 ou 6 centimètres au-dessus du sommet de la malléole externe, c'est la fracture par divulsion. « Cependant il arrive, quelquefois, que la malléole péronière résiste et que tout l'effort du levier (représenté par le pied) a porté sur les ligaments qui l'unissent au tibia. Ces ligaments rompus, le péroné est écarté du tibia en même temps que repoussé en arrière, et si les muscles, le ligament interosseux et surtout les ligaments de l'articulation supérieure (péronéo-tibiale supérieure), opposent à ce double mouvement une trop grande résistance, c'est le péroné lui-même qui se brise, comme par une sorte de torsion; la fracture occupe habituellement le tiers supérieur de l'os, et, attendu qu'elle est toujours précédée de l'écartement des

⁽¹⁾ G. MARCHANT, *Bull. Soc. chir.*, 1888, p. 592.

⁽²⁾ MICKULICZ a pratiqué cette opération, bien qu'il n'y eût pas de troubles nerveux chez son malade (*Archiv. für Klinische chir.* 1874).

deux os, M. Maisonneuve la nomme *fracture par diastase* » (Malgaigne, *Fractures*, p. 807). « Cette fracture est plutôt oblique que transversale; les ligaments tibio-péroniers, ainsi que les fibres du ligament interosseux sont arrachés. La malléole externe, écartée du tibia, est repoussée en dehors et en arrière. Le ligament annulaire offre des éraillures nombreuses. Les fibres antérieures du ligament latéral interne sont brisées; enfin, la malléole interne abandonnée par la face correspondante de l'astragale, fait saillie sous la peau » (Maisonneuve, p. 469).

Mais ce sont là les résultats de l'expérimentation. « Cette fracture, dit Malgaigne, n'a jamais été observée sur le vivant, et, l'unique exemple qu'en rapporte M. Maisonneuve, se trouve être, par malheur, une fracture des deux os de la jambe. » C'est parfaitement exact.

Maisonneuve n'en donne pas moins les symptômes suivants: douleur vague autour de la malléole externe, remontant à la partie externe de la région tibio-tarsienne, et envahissant aussi la face externe de la jambe, crépitation et mobilité anormale faciles à constater, écartement des malléoles et déviation du pied en dehors. Le diagnostic est facile et se déduit aisément des symptômes précédents.

Le traitement consiste toujours, d'après Maisonneuve, à rapprocher les malléoles. « On obtiendra ce résultat, en portant la pointe du pied en dedans, en exerçant, sur les malléoles, une pression modérée à l'aide d'une simple bande. Quant à la fracture, il n'est guère besoin de s'en occuper, les fragments ont peu de tendance à chevaucher et leur coaptation, rigoureusement exacte, n'est pas ici d'une haute importance. » (Maisonneuve.)

5° FRACTURES DE L'EXTREMITÉ INFÉRIEURE DU PÉRONÉ

On conçoit facilement qu'un choc, une pression directe, puissent fracturer le péroné à son extrémité inférieure, mais c'est extrêmement rare; les fractures indirectes sont de beaucoup les plus fréquentes et elles ont, depuis longtemps, attiré l'attention des chirurgiens. Parmi eux nous citerons David qui écrit sous le pseudonyme de Basile, William Bromfield (1775), Pouteau, Charles Bell, Boyer, Richerand, Dupuytren (1805), Maisonneuve (1840) et de nos jours, le professeur Tillaux, Hönigschmied (1877).

Tout le monde est d'accord pour décrire à l'extrémité inférieure du péroné :

a. Une fracture très fréquente qui siège à la base de la malléole externe, à trois centimètres au-dessus de son sommet (fracture dite par arrachement).

b. Une fracture verticale de la malléole externe, très rare, dite fracture marginale antérieure.

c. Il existe, de plus, une autre fracture dont le trait dirigé de haut en bas et d'arrière en avant, est situé, en général, à 5 ou 6 centimètres au-dessus du sommet de la malléole. C'est la fracture par divulsion de Maisonneuve. Pour quelques chirurgiens, Dupuytren, Tillaux, elle est toujours consécutive à une lésion de la partie interne de la mortaise tibio-péronière (arrachement du ligament latéral interne, fracture de la malléole interne), c'est alors une fracture de Dupuytren, dont nous nous occuperons plus tard; mais, d'autres chirurgiens pensent qu'elle peut exister seule, qu'elle est la première lésion en date et que les lésions du côté interne de la mortaise péronéo-tibiale ne sont pas fatales, qu'elles doivent être rangées dans les complications de la fracture du péroné à 5 ou 6 centi-

mètres au-dessus du sommet de sa malléole; tels Maisonneuve, Nélaton. C'est aussi notre opinion que nous nous proposons d'appuyer sur des données expérimentales et cliniques.

FRACTURE DE LA BASE DE LA MALLÉOLE EXTERNE
FRACTURE PAR ARRACHEMENT

Étiologie. — Mécanisme. — Quelques auteurs considèrent, comme une variété de fracture de la malléole externe, l'arrachement de son sommet; nous ne saurions adopter cette manière de voir; il s'agit pour nous, dans ce cas, d'une entorse compliquée d'arrachement du point d'insertion des ligaments externes de l'articulation tibio-tarsienne.

La fracture de la base de la malléole externe, celle qui siège à trois centimètres au-dessus de son sommet, au-dessous de l'articulation péronéo-tibiale inférieure, est une fracture transversale qui ne s'accompagne pas de déplacement (Malgaigne insiste sur ce point). Le périoste est en général conservé, quelquefois même la fracture est incomplète.

Tout le monde admet, aujourd'hui, qu'elle résulte d'un mouvement forcé d'adduction du pied. Voici comment Tillaux en explique le mécanisme :

« Dans le mouvement d'adduction du pied, celui-ci 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. Dans le mouvement d'adduction forcée, le premier phénomène qui se produit, est la distension des ligaments latéraux externes; l'un ou l'autre est plus ou moins tirailé, selon 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 façon 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 souvent à sa base. La fracture est alors transversale, le périoste généralement conservé et il n'existe ni déplacement des fragments, ni déviation du pied. » (*Anat. top.* 2^e édit., p. 1025.)

On rejette aujourd'hui la théorie de Boyer qui enseignait que, dans le renversement du pied en dedans, l'astragale presse, de dedans en dehors, l'extrémité inférieure du péroné, la malléole externe, et la brise à 5 centimètres au-dessus de sa pointe.

Lorsque la malléole externe est arrachée, si le mouvement d'adduction continue, la malléole interne pressée de dedans en dehors par l'astragale peut se fracturer, il s'agit alors d'une fracture bi-malléolaire (fracture bi-malléolaire par adduction de Tillaux), nous l'étudierons plus loin.

Symptômes. — En interrogeant le malade, on apprend le plus souvent qu'il a fait un faux pas, que son pied a tourné, sans qu'il puisse dire, dans la majorité des cas, dans quel sens la déviation s'est faite. En général, le patient peut marcher après l'accident, bien mieux que s'il s'agissait d'une entorse grave.

L'examen révèle un gonflement peu marqué, borné au pourtour de la malléole

externe, parfois accompagné d'une ecchymose qui apparaît, si elle n'est immédiate, dans les jours suivants, et s'étend un peu au-dessus et au-dessous du foyer de la fracture. Le pied, dans son ensemble, a conservé sa forme et ses rapports normaux avec la jambe.

La palpation permet de reconnaître une douleur exquise, en un point qui siège à la base de la malléole, on peut aussi la provoquer en appuyant sur le segment supérieur du péroné, en le percutant.

On recherche, presque toujours, la mobilité anormale, pour asseoir définitivement le diagnostic. Pour la constater, il faut fléchir la jambe sur la cuisse, puis, le malade étant amené sur le bord du lit qui correspond au membre fracturé, le chirurgien mettra son genou sur le bord du matelas, et appuiera sur ce genou, la face interne de la jambe du malade. Il saisira, avec les quatre derniers doigts d'une main le bord interne du pied qu'il portera dans l'adduction, tandis que le pouce de la même main sera appliqué sur la malléole externe; les quatre derniers doigts de l'autre main seront appliqués sur la face interne de la jambe, à quelque distance au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, tandis que le pouce de cette main sera appliqué sur la face externe du péroné, un peu au-dessus du siège présumé de la solution de continuité. Des pressions alternatives seront faites sur les deux fragments de l'os, tandis qu'on ramènera, de temps en temps, le pied dans l'abduction puis dans l'adduction. Assez souvent, on constatera, de cette façon, une mobilité anormale assez nette, qui permettra d'affirmer le diagnostic. On pourra, quoique rarement, percevoir en même temps quelque crépitation. C'est en portant le pied dans l'adduction forcée, tandis que la jambe du patient repose sur le genou du chirurgien, qu'il sera possible de reconnaître, quelquefois, la rainure qui sépare les deux fragments du péroné. Il n'est pas rare de trouver un peu de douleur au-dessus et au-dessous du foyer de la fracture et même au niveau de l'articulation péronéo-tibiale inférieure, mais elle ne présente jamais l'intensité de celle qui existe au niveau de la solution de continuité.

Nous ne disons rien des complications de la fracture par arrachement, puisqu'elles appartiennent aux fractures bi-malléolaires.

Diagnostic. — Quand il n'a pas été possible de constater la mobilité anormale, la crépitation, la rainure qui siège quelquefois au niveau de la fracture, le diagnostic n'est pas toujours facile avec l'entorse tibio-tarsienne. On arrivera cependant à distinguer la fracture de l'entorse « en considérant que : 1^o dans la fracture, on peut, en général, imprimer des mouvements à l'articulation sans causer de douleur, tandis que ces mouvements en provoquent s'il y a une entorse; 2^o dans la fracture, on détermine de la douleur par la pression exercée sur le point de la malléole externe qui correspond à la solution de continuité, tandis que, dans l'entorse, la pression sur cet os est exempte de douleurs, et que celle-ci n'apparaît que si on comprime au niveau des ligaments rompus ». (Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. II, p. 151.)

Il est une autre affection qui, bien que rare, pourrait être confondue avec la fracture de l'extrémité inférieure du péroné, nous voulons parler de la luxation des tendons péroniers latéraux; il y a ici une douleur vive au niveau de la malléole externe; mais, l'absence de douleur au niveau de la base de la malléole, la souffrance vive qui empêche les malades de se tenir en équilibre, et surtout, la saillie des tendons qui restent sur la malléole externe où on peut les sentir, leur réduction facile dans la gouttière rétro-malléolaire, réduction qui