

dont la médecine légale tirerait, au besoin, parti. Je dois dire toutefois que, dans un certain nombre de fractures expérimentales, j'ai trouvé les deux os cassés au même niveau.

Le péroné n'a pas pour principal usage, ainsi qu'on le dit habituellement, de multiplier les points d'attache musculaires ; il sert à consolider le squelette de la jambe d'une manière très effective. Cet os constitue pour le tibia, ainsi que le fait remarquer M. Leriche, une armature qui en augmente notablement la résistance à la flexion latérale. Les deux os de la jambe, réunis entre eux par le ligament interosseux, constituent un système analogue à ce que l'on désigne en mécanique sous le nom de *poutre en treillis* ou *américaine*. A quantité de substance égale, les deux os, ainsi disposés, résistent beaucoup plus à la flexion latérale que s'ils étaient fusionnés en un os unique.

La forme triangulaire du tibia dans sa partie supérieure oblige à abattre la crête de l'os lorsqu'on pratique l'amputation de la jambe au lieu d'élection. Depuis longues années, je détruis cette crête avec une lime concave construite dans ce but.

Le tibia se développe par quatre points d'ossification : un primitif pour le corps, un complémentaire pour chaque extrémité, et un quatrième pour la tubérosité antérieure.

Le point primitif apparaît au trente-cinquième jour de la vie intra-utérine et s'étend rapidement. L'épiphyse supérieure existe à la naissance et se soude au corps de l'os de dix-huit à vingt-deux ans. Elle correspond au plateau du tibia et ne mesure pas plus d'un centimètre et demi de hauteur.

L'épiphyse inférieure apparaît vers l'âge de quinze mois et se soude au corps de l'os entre seize et dix-huit ans. Elle comprend la malléole interne.

Le point osseux de la tubérosité antérieure du tibia se montre vers l'âge de treize ans et se soude d'abord à l'épiphyse voisine, puis à la diaphyse (Voy. les fig. 322, 323 et 324).

Les deux épiphyses du tibia, mais surtout la supérieure, sont assez souvent le point de départ d'une affection grave, appelée par Gosselin *ostéite juxta-épiphysaire des adolescents*, mais qui est, en réalité, une ostéomyélite aiguë primitive de la portion du tibia que M. Lannelongue a appelée le *bulbe de l'os*. Une contusion sur la tubérosité antérieure du tibia suffit à la déterminer chez les sujets préalablement affaiblis et surmenés. Cette affection se manifeste par un ensemble de symptômes généraux graves, nullement en rapport avec l'état local, ce qui fait songer souvent à une fièvre typhoïde. L'inflammation envahit bientôt la couche celluleuse sous-périostique et produit une *périostite phlegmoneuse diffuse*, qui se propage à tout ou partie du membre.

Il faut trépaner l'os au plus tôt, car une intervention hâtive peut sauver la vie du malade, s'opposer à la production de ces séquestres, étendus parfois à toute la longueur du tibia.

Le tibia est un des os le plus fréquemment atteints de rachitisme ; il présente alors une incurvation plus ou moins prononcée. On a proposé de le redresser violemment, soit en fracturant l'os (ostéoclasie), soit en le sectionnant à l'aide du ciseau et du maillet (ostéotomie). Ces opérations ont été suivies de bons résultats entre les mains de M. J. Bœckel (de Strasbourg) ; cependant, elles sont loin d'être passées dans la pratique. S'il s'agit d'un très jeune