

Les muscles péroniers sont fréquemment atteints de contracture : il en résulte que le bord externe du pied est relevé et la pointe tournée en dehors, c'est-à-dire qu'il existe un *valgus*. Cette attitude peut être combinée avec une flexion ou une extension permanente du pied sur la jambe, d'où les combinaisons *talus valgus*, *valgus équin*. On procéderait, dans ces cas, à la section des tendons péroniers en suivant la méthode que j'ai indiquée plus haut.

Duchenne (de Boulogne) a décrit une affection qu'il a désignée sous le nom d'*impotence du long péronier latéral*, à la suite de laquelle la voûte plantaire, n'étant plus maintenue, s'affaisse et repose sur le sol par toute sa surface. En même temps que le pied est *plat* et, le plus souvent, dévié en valgus, il survient de vives douleurs, surtout dans la marche : c'est le *pied plat valgus douloureux*, auquel Gosselin a donné le nom de *tarsalgie des adolescents*, en proposant une théorie nouvelle dont je parlerai plus loin en étudiant le tarse.

Les tendons péroniers latéraux occupent une gouttière profonde située au niveau du bord postérieur de la malléole externe. D'abord compris dans une gaine commune, chacun possède ensuite une coulisse et une synoviale qui lui sont propres, le court placé en dedans du long. Sous la plante du pied, le tendon du long péronier latéral est situé immédiatement en arrière de l'articulation tarso-métatarsienne, dont il suit la direction oblique en avant et en dedans ; aussi, Marcelin Duval a-t-il utilisé ce rapport comme point de repère dans la désarticulation tarso-métatarsienne par son procédé, qui consiste à attaquer l'article par la face plantaire, et non par la face dorsale, comme on le fait d'habitude.

De même que les autres séreuses du cou-de-pied, la synoviale des péroniers peut s'enflammer sous l'influence d'une contusion, mais surtout du rhumatisme et de la blennorrhagie. Elle peut se remplir de fongosités qui finissent par déborder la gaine, envahissent l'articulation tibio-tarsienne, et nécessitent l'amputation de la jambe. La synovite tuberculeuse se développe d'ailleurs beaucoup plus souvent sur les tendons qui côtoient les malléoles que sur ceux qui passent en avant du cou-de-pied, et les opérations partielles de grattage, même précoce, sont rarement suivies de bons résultats.

L'*artère péronière* se trouve, à la partie inférieure de la jambe, comprise entre le jambier postérieur et le fléchisseur propre du gros orteil, et repose sur le ligament interosseux. Elle se divise en deux branches, l'une *antérieure*, l'autre *postérieure*. La branche antérieure, appelée encore *perforante péronière*, *péronière antérieure*, traverse le ligament interosseux et se répand sur la partie antérieure du tibia en s'anastomosant avec l'artère malléolaire externe. Cette branche, ordinairement grêle, et parfois très volumineuse, remplace alors la partie inférieure de la tibiale antérieure et fournit la pédieuse. Une anastomose entre les deux vaisseaux existe ordinairement comme vestige de cette disposition.

La branche postérieure continue le trajet de l'artère. Elle passe derrière la malléole externe, longe le bord externe du tendon d'Achille et se termine sur la surface externe du calcanéum en s'unissant avec la malléolaire externe et la plantaire externe. D'autres branches passent en avant du tendon d'Achille et s'anastomosent avec la tibiale postérieure.