

reste localisé à la région du cuboïde ; il s'y forme à la face dorsale un abcès qui laisse derrière lui une ulcération au-dessus du cuboïde. Le point de départ est plus rarement dans les cunéiformes ; un peu plus souvent dans l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil ; j'ai vu une fois ce processus développé symétriquement des deux côtés.

La tendance qu'a la tuberculose du tarse à se propager d'une articulation à l'autre nous explique l'échec des résections articulaires ou des extirpations osseuses partielles, car alors que nous croyons avoir enlevé toutes les parties malades, l'articulation voisine est déjà infectée. D'ailleurs les amputations dans le tarse sont fréquemment suivies de récurrence, pour la même raison.

Nous allons appuyer ce que nous venons de dire par quelques chiffres tirés de la clinique de Munch (de Bâle). Par rapport à la fréquence des caries osseuses en général, celles du tarse atteignent la proportion de 30 0/0. L'âge moyen des malades est de 34 ans. Dans les 20, 5 0/0 des cas, des lésions pulmonaires étaient évidentes. Sur les 112 malades traités, 61 0/0 guérirent, 45 0/0 moururent, 24 0/0 restèrent sans guérison. Il est intéressant de connaître la destinée des amputés (34 malades) ; le plus grand nombre moururent au bout de 2 ans et 1/10 de tuberculose pulmonaire ou de suppurations osseuses. Or ceux qui furent abandonnés non guéris vécut aussi longtemps, 2 ans 1/2 en moyenne. Ce sont les cas dans lesquels le processus avait son siège dans l'articulation tibio-tarsienne même qui comportent la plus grande mortalité. Les résections de la tibio-tarsienne même donnèrent les plus mauvais résultats : 2 guérisons ; 40 fois il fut nécessaire de faire l'amputation ultérieure ; 4 fois le malade mourut plus tard. L'opération par le procédé de Pirogoff donna également de mauvais résultats : deux guérisons ; 7 fois récurrence locale ou phtisie pulmonaire. L'évidement d'un os du tarse donna 6 guérisons, 5 insuccès, 2 morts. Le traitement expectatif donna 9 guérisons, 14 insuccès, 4 morts. Ces résultats sont peu encourageants, mais il faut dire qu'un tiers des malades seulement étaient âgés de moins de 45 ans.

Voici à quelles conclusions mes observations m'ont conduit dans le traitement des caries du tarse : quand un petit os est seul atteint (cuboïde, cunéiforme), tenter l'évidement ; dans les caries des articulations tibio-tarsienne ou de Chopart, amputation de la jambe ; chez les enfants ne tenter que le traitement expectatif, et en même temps hygiénique.

Encore quelques mots maintenant sur quelques *processus extra-articulaires*.

Autour de l'articulation tibio-tarsienne se trouvent un grand nombre de vastes gaines tendineuses ; mais leurs lésions sont extrêmement rares.

Sur la face dorsale de l'articulation passent les tendons du jambier antérieur, du long extenseur propre du gros orteil, de l'extenseur commun des orteils. Chacun de ces muscles a une gaine synoviale qui, à ses parties moyenne et supérieure, est si solidement bridée par le liga-

ment transverse et le ligament en Y qu'à ce niveau elle ne peut se distendre lorsqu'elle contient du liquide. Ce dernier ne pourrait s'accumuler qu'à la partie inférieure de la gaine, sur le dos du pied. Mais on n'observe jamais d'hygroma de ces gaines. Barwell a observé des suppurations chroniques à leur niveau. La tumeur a la forme d'un fuseau allongé qui s'étend de la face dorsale de l'articulation tibio-tarsienne sur le dos du pied. Chassaignac a eu une fois l'occasion d'extirper des fongosités de ces gaines. J'ai constaté à plusieurs fois une *synovite crépitante* de la gaine du tendon du jambier antérieur. A la face postérieure de l'articulation passent le jambier postérieur, le fléchisseur commun et le fléchisseur propre du gros orteil. Les gaines de tous ces muscles se continuent jusqu'à la plante du pied, mais à ce niveau elles ne peuvent guère se distendre, tandis que leur élargissement est plus facile à leur partie supérieure. Un épanchement développé dans la gaine du jambier postérieur formerait une tumeur située en arrière de la malléole interne ; un épanchement développé dans la gaine du fléchisseur commun formerait une tumeur située au même niveau ; mais s'il se développait dans la gaine du fléchisseur propre, la tumeur resterait cachée par le tendon d'Achille. Toutefois on n'a pas encore observé d'affections nettes de ces gaines.

Par contre la synovite des tendons péroniers n'est pas rare. Ces deux tendons ont une gaine commune qui en haut et en bas se divise en deux diverticules en doigt de gant, de sorte qu'à ce niveau chaque tendon a sa gaine. L'extrémité supérieure de cette double synoviale est située au-dessus de la gaine fibreuse de sorte qu'elle peut bien se distendre. On a observé l'inflammation aiguë de ces gaines à la suite de marches forcées ; on a également noté à ce niveau des synovites crépitanes et des épanchements chroniques (hygromas). La tumeur siège derrière la malléole externe et entoure le tendon en bas et en arrière. Heinecke a observé à ce niveau une synovite suppurée ; Cazanon a observé deux fois une synovite fongueuse.

§ 3. — Nécrose du calcanéum.

Comme dans tous les autres os spongieux, on observe quelquefois une nécrose centrale du calcanéum : elle peut être simple, mais est souvent de nature tuberculeuse.

En 1874, j'ai eu l'occasion d'en soigner un cas. Il existait un cloaque à la face interne du calcanéum ; le séquestre avait les dimensions d'une noisette. Ferrusson fit l'extraction d'un séquestre comprenant toute la partie postérieure du calcanéum incluse dans une coque ossifiée. Schinzinger cite également une af-