

fection de ce genre. Le professeur Kundrat m'a envoyé le dessin d'un cas dans lequel il existait deux cavités contenant des séquestres ; l'une plus petite siégeait au talon même, l'autre plus grande dans l'apophyse antérieure du calcanéum ; toutes deux contenaient un séquestre gros comme une noisette, et les deux cavités communiquaient par un canal court mais large ; ces cavités s'ouvraient à l'extérieur par 5 fistules. Les autres os du pied étaient parfaitement sains.

Un des cas les plus rares qui aient été observés est le suivant. Chez un homme d'un âge avancé, le calcanéum était gonflé, dur ; après de violentes douleurs, deux abcès s'étaient ouverts ; la peau était très rouge tout autour. La sonde pénétrait profondément, sans rencontrer ni surface dure ni surface molle, mais des tissus durs et lisses. Le liquide qui s'écoulait n'était pas du pus, mais du mucus clair ; les parois des fistules étaient dures. Malgré l'opposition de tous les assistants, je diagnostiquai un chondrome, et lorsque l'amputation fut faite, mon diagnostic fut confirmé. Le calcanéum tout entier était transformé en un superbe cartilage lisse, bleu clair.

#### § 4. — Plaies du cou-de-pied et du pied par armes à feu.

De même que les caries tuberculeuses atteignent souvent plusieurs articulations tarsiennes, les plaies par armes à feu intéressent aussi plusieurs articulations. Ou bien la lésion est multiple d'emblée, et l'os touché a subi un éclatement plus ou moins complet, de sorte que les deux ou trois articulations auxquelles il prend part ont été également intéressées ; ou bien c'est l'ostéomyélite traumatique qui secondairement envahit la totalité de l'os et les articulations auxquelles il participe. La mortalité est relativement élevée dans ces blessures (environ 35 0/0) parce que souvent il se développe des phlegmons profonds et il se fait des suppurations diffuses. L'extirpation précoce de l'os lésé est donc justifiée, et quand l'os est broyé l'amputation peut être indiquée. Si nous considérons l'articulation tibio-tarsienne, nous verrons que la balle peut traverser simplement l'articulation ou érafler l'astragale, ou enfin perforer ou briser ce dernier. L'épiphyse, l'une ou l'autre des malléoles peuvent être blessées, sans que l'articulation soit ouverte. Si la balle suit une direction transversale, la malléole, ou bien aussi l'astragale ou enfin toute l'articulation peuvent être émiettés. S'il ne s'agit que d'une ouverture de l'articulation ou d'une éraflure de la poulie astragalienne, on tentera la conservation du membre. Si l'astragale est plus sérieusement blessé, on l'extirpera, parce que l'expérience montre que des fissures se prolongent souvent dans ses articulations calcanéenne et scaphoïdienne. Si les malléoles sont également brisées en plusieurs fragments, on fera la résection articulaire. Cette opération n'a été admise que bien tard dans la pratique des chirurgiens de guerre. Moreau le père l'a faite

avec succès en 1792 pour une carie osseuse. B. v. Langenbeck la pratiqua en 1853 pour une ankylose vicieuse consécutive à une plaie par arme à feu. Neudorfer suivit l'exemple de Langenbeck. Mais pour une simple plaie par arme à feu, cette opération n'est entrée dans la pratique courante que dans la dernière guerre franco-allemande. Gurlt a pu en recueillir 143 cas, dont la plus grande partie est représentée par des résections partielles. Toutes ces opérations furent intermédiaires ou secondaires. La mortalité s'éleva à 35 0/0.

En ce qui concerne le manuel opératoire, c'est à Langenbeck qu'on le doit surtout. Son procédé consiste à enlever les extrémités articulaires en épargnant tous les tissus mous et en faisant la résection sous-périostique. Les incisions sont donc faites dans une direction longitudinale sur chaque côté de l'articulation, en des endroits où il

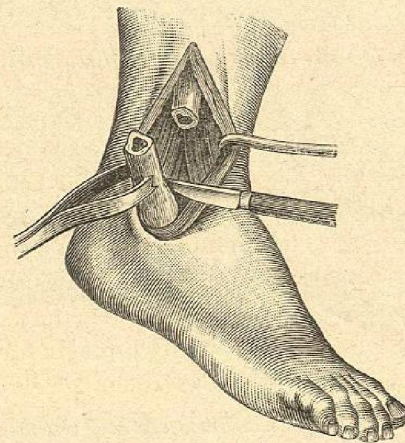


Fig. 126. — Résection tibio-tarsienne.

n'y a pas de tendons. On commence par l'incision externe qui est dirigée le long du bord postérieur du péroné en avant des tendons péroniers et qui selon les cas peut atteindre jusqu'à 8 centimètres de long ; cette incision se termine au sommet de la malléole. Le couteau pénètre dans le périoste jusqu'à l'os. Puis on introduit immédiatement la rugine dans l'angle supérieur de la plaie périostale et on décolle ce périoste sur la face antérieure du péroné ; cette décortication est d'autant plus difficile que l'on se rapproche plus de l'extrémité inférieure, si bien qu'on est obligé de recourir au couteau ; en bas on détache aussi les insertions de la membrane articulaire. Puis on retourne à l'angle supérieur de la plaie pour décortiquer le périoste sur la face postérieure du péroné en soulevant également les tendons péroniers contenus dans leur gaine tendineuse. Enfin on détache le ligament interosseux ; puis après avoir protégé les parties molles avec des écarteurs, on scie le