

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

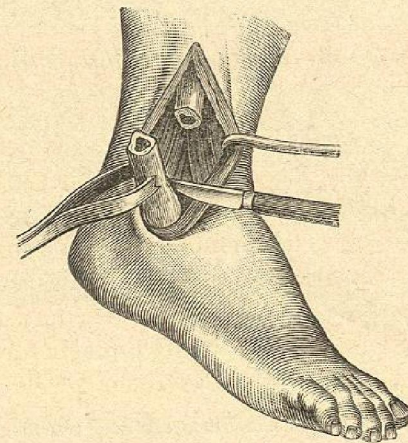


Fig. 126. — Résection tibio-tarsienne.

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

péroné avec une scie pointue. On saisit ensuite l'extrémité réséquée par le bout supérieur au moyen d'un davier, et on l'attire en dehors et en avant pendant que l'on coupe au bistouri les ligaments, et les restes du ligament interosseux.

On s'est maintenant préparé un chemin facile vers l'articulation et on peut enlever la poulie astragaliennne, en attirant fortement les parties molles en avant. Puis la jambe est couchée sur son côté externe et on fait une incision interne partant de la pointe de la malléole interne et s'élevant verticalement. On détache d'abord le périoste en avant avec la capsule articulaire et les insertions du ligament deltoïdien. Puis quand on a répété la même opération en arrière, et que le tibia est dénudé au niveau du trait de scie du péroné, on le scie également. Après avoir attiré cet os dans un davier comme on avait

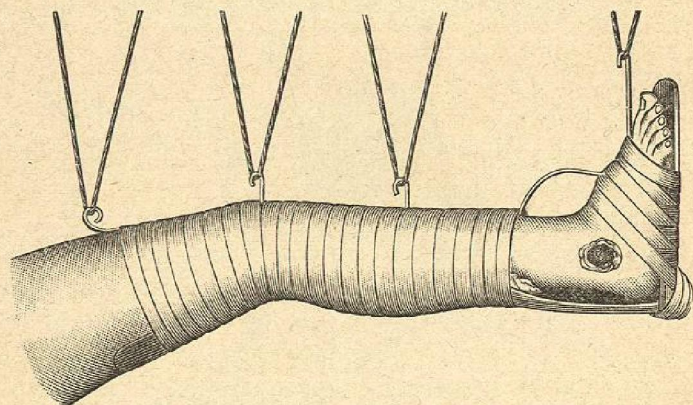


Fig. 127. — Appareil à suspension d'Esmarch pour résection tibio-tarsienne.

attiré le péroné, on détache le reste du ligament interosseux, du périoste, et l'insertion postérieure de la capsule en ayant soin d'éviter d'ouvrir les gaines des tendons de la face postérieure, qui sont simplement soulevées. S'il est nécessaire d'enlever le reste de l'astragale, on allonge l'incision interne jusqu'au col de cet os, et on y joint une incision transversale qui ouvre l'articulation astragalo-scaphoïdienne. Au fond de la plaie, on peut ouvrir l'articulation astragalo-calcanéenne par sa face interne et en soulevant l'astragale attiré en dehors, on rend la face externe de l'articulation astragalo-calcanéenne également accessible au couteau. Le traitement consécutif consiste en une immobilisation absolue du pied à angle droit. Avant les pansements antiseptiques, l'appareil plâtré d'Esmarch (fig. 127) était très favorable à la suspension. Cet appareil peut également bien s'employer quand on panse la plaie à l'iodoforme.

En ce qui concerne le résultat fonctionnel, le meilleur est celui dans

lequel le pied est ankylosé à angle droit, un peu raccourci, et ayant les orteils mobiles. Les malades peuvent alors, avec une chaussure à semelle élevée, marcher longtemps. Le résultat est beaucoup moins bon quand le pied est ankylosé dans une fausse position — à angle aigu, ou en pied-bot — ou bien que les orteils sont recourbés de façon à ce que le malade ne puisse pas s'appuyer sur la plante du pied et qu'il soit obligé de s'aider d'une ou deux cannes pour marcher difficilement. Le résultat est mauvais quand la marche n'est possible qu'avec une ou deux béquilles. Dans les observations connues jusqu'à ce jour le nombre des bons résultats est supérieur à celui des mauvais.

Pour la pratique antiseptique qui aura cours dans les guerres futures, voici quels sont les points sur lesquels Gurlt attire l'attention. Quand on ne peut pas se rendre compte exactement des lésions osseuses, incision longitudinale interne ou externe selon que l'on prévoit que la lésion doit être maxima en dedans ou en dehors; puis détachement du périoste, et si l'extrémité osseuse tout entière n'est pas fragmentée, on enlève les petites esquilles, les projectiles, puis on évide et régularise la région blessée. Si une seule des deux extrémités articulaires est complètement broyée, on réséquera l'autre aussi à fin d'éviter la déviation du pied qui résulterait de la rétraction cicatricielle.

§ 5. — Résection tibio-tarsienne.

L'extension que prit dans ces dernières années l'habitude de ne pas seulement enlever, en cas d'arthrite tuberculeuse, les os malades mais aussi toute la synoviale, amena différents chirurgiens à proposer un grand nombre de procédés nouveaux de résection de l'articulation tibio-tarsienne.

En 1881 Hueter recommanda de nouveau l'incision latérale déjà préconisée jadis par Sédillot et Heyfelder. Le fait est que cette incision permet d'examiner très exactement toute l'articulation, en même temps qu'elle donne un accès facile aux os malades. Mais on sacrifie tous les tendons, vaisseaux et nerfs dorsaux, et il est fort douteux que la suture des tendons et des nerfs, indispensable après cela, donne toujours un résultat parfait.

F. Busch a suivi un procédé tout particulier. Il fait une incision en fer à cheval allant d'une malléole à l'autre en passant sous la plante du pied. Les tendons, vaisseaux et nerfs sont ainsi épargnés; puis le calcanéum est scié dans la direction de l'incision cutanée, le fragment postérieur renversé, la paroi postérieure de la capsule incisée, et on pé-