

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

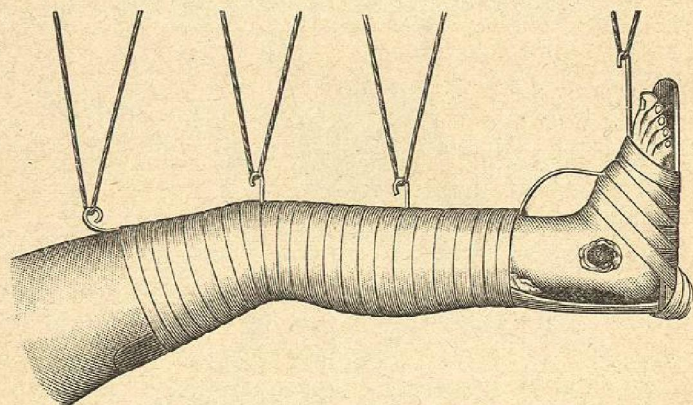


Fig. 127. — Appareil à suspension d'Esmarch pour résection tibio-tarsienne.

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-

nètre ainsi du regard dans l'articulation. L'astragale est extirpé, les parties ramollies du tibia, du péroné et du calcanéum sont enlevées à la cuiller tranchante, les parties molles fongueuses réséquées aux ciseaux. Malgré les recommandations de Obalinski, cette opération doit être considérée comme très compliquée.

P. Vogt régularisa l'extirpation méthodique de l'astragale comme un temps de cette opération, et commença par une incision longitudinale partant au-dessus de l'articulation tibio-péronière inférieure et aboutissant à la ligne de Chopart; de cette première incision en part une seconde transversale, aboutissant au sommet de la malléole externe. Les tendons sont épargés, sauf le court extenseur. L'incision de la capsule permet d'arriver sur l'astragale. Le pied est fortement supiné, on sectionne les ligaments du creux astragalo-calcanéen et on incise les ligaments qui s'insèrent au sommet de la malléole externe; le ligament latéral interne est désinséré de l'astragale, enfin on divise les ligaments qui unissent ce dernier au calcanéum, ce qui permet d'enlever l'astragale. On a alors suffisamment de place pour bien inspecter l'articulation et enlever ce qui est malade.

§ 6. — Ulcérations du pied.

Parmi les ulcérations du pied, les engelures et les ulcérations syphilitiques entre les orteils, sont fréquentes. Le mal perforant du pied est une affection toute particulière à cet organe.

Mal perforant. — C'est en 1852 que le mot de *mal perforant* fut introduit dans la science par Vésignié. Les premières descriptions en avaient déjà été faites par Ph. Boyer, Marjolin, Dupuytren. Ce fut Velpeau qui le décrit le premier comme étant une forme spéciale d'ulcère; il parle d'une « variété d'ulcère du talon » tandis qu'en 1852, Nélaton, qui a vu cette ulcération à d'autres endroits du pied, parle d'une « affection singulière des os du pied ». Peu d'auteurs allemands ont observé cette affection; ce sont entre autres Adelman, Pitha, Fischer; et ce n'est que dans ces dernières années, que leur attention s'est fixée plus spécialement sur cette singulière affection (P. Bruns, Schüssler, Stelzner, Englisch, etc). D'après Nélaton et Vésignié, il se forme à un certain endroit de la plante du pied, où la peau est exposée aux plus fortes pressions¹, un durillon d'abord

(1) Le lieu d'élection est au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil.

d'un blancmat; plus tard sous l'influence d'hémorrhagies, il devient foncé, noir; en même temps la peau qui l'entoure devient insensible et s'atrophie. Petit à petit, le pus se forme, l'abcès s'ouvre, et il reste une ulcération infundibuliforme à bords noirs et qui, à mesure qu'elle se creuse, atteint les bourses séreuses de la région plantaire, puis désorganise les articulations et amène des nécroses osseuses; l'ulcération progresse malgré toute espèce de traitement.

Il n'est pas douteux que cette description réponde à des faits réels, mais il n'en est pas moins vrai que cette affection est encore obscure. Les uns considéraient cette ulcération comme consécutive à une eschare, les autres comme une suppuration chronique des bourses séreuses; les autres, considérant l'anesthésie de la peau, ont songé à un processus neuro-paralytique, à la lèpre anesthésique¹. Quelques-uns soutinrent la nature cancéreuse du mal perforant, et récemment on revint à une idée émise jadis par plusieurs chirurgiens français, qu'il s'agissait d'une affection vasculaire (*endarterite oblitérante*), ce qui expliquerait son évolution lente et les récurrences fréquentes.

Gangrènes du pied. — Souvent le pied est le siège de différentes formes de gangrènes.

La *gangrène sénile* résulte d'une thrombose cachectique des branches terminales des petites artères et évolue sous forme d'une gangrène sèche momifiante. En même temps que le malade ressent des douleurs au pied, il se forme à l'extrémité d'un orteil une tache grisâtre, qui devient de plus en plus foncée. Les douleurs augmentent en même temps que la tache augmente d'étendue et de profondeur; petit à petit la peau se transforme en une écaille dure, sèche, absolument noire. Après qu'un ou plusieurs orteils ou une certaine partie du pied se sont mortifiés, il s'établit une ligne de démarcation

(1) La théorie nerveuse du mal perforant n'est peut-être pas applicable exclusivement à tous les cas, mais c'est elle qui aujourd'hui est le plus souvent admise. Elle ne se fonde pas seulement sur les troubles de sensibilité observés autour de l'ulcère et, plus ou moins loin de lui, à la jambe, mais aussi sur la fréquence avec laquelle on trouve chez ces sujets des lésions nerveuses centrales bien caractérisées (ataxie locomotrice, paralysie générale). Parfois on rencontre le mal perforant chez les diabétiques et peut-être est-il alors lié à des névrites périphériques. Les névrites périphériques d'origine alcoolique semblent également jouer un rôle dans l'étiologie. En raison de cette origine trophique, il faut être ici très réservé dans les interventions chirurgicales, car après les amputations en apparence les plus radicales, l'ulcération du moignon est fréquente dès que le sujet commence à marcher. La plupart du temps on s'en tiendra donc au simple repos au lit, sous l'influence duquel la lésion se cicatrise pour un certain temps, si elle n'est pas trop prononcée.