

nêtre 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-calcaneen 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 pressions<sup>1</sup>, 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 anesthésique<sup>1</sup>. 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.