

avec le col et la portion antérieure du calcanéum ; il en résulta donc une ankylose entre le calcanéum et l'astragale. Cette modification avait pour motif une insuffisance de peau pour pouvoir faire une amputation de Chopart.

Que l'on se figure une jambe présentant des ulcérations remontant haut sur sa face antérieure, et nécessitant l'amputation ; si on fait le procédé de Syme en prenant au lieu d'une simple calotte, toute la peau de la plante pour lambeau inférieur, on pourra le rabattre en haut et en avant pour couvrir l'ulcère. Le malade est amputé mais beaucoup plus bas. Keetly a opéré de cette façon. Remplaçons maintenant le procédé de Syme par celui de Pirogoff avec la modification que nous venons de décrire, et nous aurons celui de Rydygier.

A la même époque où toutes ces modifications prirent naissance, on prit l'habitude de faire des résections atypiques du tarse pour tuberculose osseuse. L'antisepsie a permis de tenter les procédés les plus divers. Mais la plupart de ces cas ne figurent pas dans les statistiques.

SIXIÈME PARTIE

MALADIES DES VOIES URINAIRES

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE DU PÉRINÉE, DE L'URÈTHRE ET DE LA VESSIE.

§ 1. — *Muscles et aponévroses du périnée.*

Muscles. — L'orifice inférieur du bassin est fermé par un système de muscles et d'aponévroses qui ne sont percés qu'aux endroits où se trouvent les orifices des appareils génito-urinaire et intestinal. Les muscles ont encore pour fonction de régir ces orifices et à cet effet ils présentent un appareil d'innervation très compliqué. Depuis très longtemps, cet appareil d'occlusion très complexe est considéré par le praticien comme un sujet dans lequel les anatomistes ont trouvé plus de détails qu'il n'est nécessaire pour la pratique. Le grand nombre des aponévroses décrites par certains anatomistes et la complexité des rapports topographiques qui en est résultée, ont paru suspects à d'autres anatomistes, qui ont essayé de simplifier la description et ont créé de nouveaux termes. Il arriva ainsi que la topographie de cette région devint une véritable plaie pour les chirurgiens, qui ordinairement acceptent pourtant avec reconnaissance tout ce que l'anatomie leur fournit d'utile pour la thérapeutique chirurgicale. Nous suivrons la description de C. Langer en ne disant que le nécessaire et en employant aussi peu de termes spéciaux que possible.

Quand on dissèque le péritoine qui tapisse le bassin et qu'on enlève le tissu cellulaire sous-séreux, on remarque un arc tendineux qui s'étend de l'épine sciatique au canal obturateur en passant sur l'obturateur interne. Cette ligne donne naissance à un muscle dont nous aurons à nous occuper souvent, le *muscle releveur de l'anus*. Seulement, en avant, les insertions de ce muscle dépassent l'arc tendineux :