

les interlignes articulaires. Les premières de ces opérations ont été décrites par M. Ollier sous le nom de résections atypiques; les secondes sont les résections normales ou typiques. Ces différentes opérations sont rangées par M. Ollier sous les 4 chefs suivants :

- 1° Tarsectomie totale ou désossement complet de la région tarsienne;
- 2° Tarsectomie antérieure totale;
- 3° Tarsectomie postérieure totale;
- 4° Tarsectomies complexes.

Sous le nom de tarsectomies complexes, l'auteur désigne les opérations dans lesquelles on pratique l'ablation de toutes les parties osseuses malades, sans se préoccuper de limiter son action à l'une ou l'autre des deux rangées du tarse. La tarsectomie antérieure totale est cette opération dans laquelle on supprime les cinq os constituant la rangée antérieure du tarse, le scaphoïde, le cuboïde, et les trois cunéiformes. M. Ollier a décrit cette opération devant le premier Congrès français de chirurgie, en 1885. Depuis lors, un de ses élèves, M. Chobaut<sup>(1)</sup>, en a fait le sujet de sa thèse inaugurale. A la suite de cette opération, le pied reste plus court, mais il est régulièrement conformé au point de vue de ses points d'appui plantaires. Le bord interne de la tranche osseuse supprimée étant plus long que l'externe, le pied est surtout raccourci en dedans.

Sur dix malades opérés par ce procédé, l'un est mort de méningite deux ans après son opération; les autres sont vivants. Si l'on en excepte un malade opéré trop récemment pour qu'on puisse parler du résultat, les huit autres marchent tous sans appareil et ont repris leur vie antérieure.

La tarsectomie postérieure totale consiste, comme son nom l'indique, dans l'ablation simultanée des deux os qui constituent la rangée postérieure du tarse, le calcanéum et l'astragale. Supprimant complètement le point d'appui postérieur de la voûte plantaire, cette opération semble, au premier abord, bien peu rationnelle; cependant elle a fourni, entre les mains de M. Ollier, des résultats satisfaisants. Cet auteur nous apprend<sup>(2)</sup> que, dans ces dernières années, il a fait 8 tarsectomies postérieures totales pour ostéo-arthrites suppurées, inflammations simples ou tuberculeuses. Aucun de ces opérés n'a succombé aux suites immédiates de l'opération; 5 sont morts ultérieurement. Les 5 autres sont vivants; l'un d'eux est opéré depuis trop peu de temps pour qu'on puisse parler du résultat opératoire. Quant aux 4 autres, ils « sont aujourd'hui complètement guéris; ils mènent chaque jour une vie des plus actives; ils marchent sans chaussure spéciale et n'ont plus eu de douleur ni de suppuration dans la région opérée. Ils ont tous le pied mobile sur la jambe et en bonne position, sauf un qui présente un certain degré d'équinisme dû à ce qu'on avait mal soutenu le pied pendant que la plaie suppurait encore ».

Des résultats fonctionnels aussi favorables ne sont possibles que grâce à une large reproduction osseuse, reconstituant la saillie du talon et le point d'insertion du tendon d'Achille. Du reste, l'autopsie d'un des trois malades qui ont succombé a permis à M. Ollier de constater la réalité de cette reproduction osseuse (voy. fig. 50).

Lorsque les lésions sont limitées au calcanéum, on peut faire porter l'action chirurgicale uniquement sur cet os, soit qu'on ait recours à l'évidement ou à

<sup>(1)</sup> CHOBAUT, *De la tarsectomie antérieure totale et partielle dans les cas pathologiques*. Thèse de doct. de Lyon, 1889.

<sup>(2)</sup> OLLIER, *Traité des résections*, t. III, p. 659.

l'ablation totale du calcanéum. Cette dernière opération a été étudiée par M. Verneuil, dans un article de la *Gazette hebdomadaire* de 1857, dans lequel il fait connaître les opérations pratiquées à l'étranger. L'ablation du calcanéum fut pratiquée surtout en France, par Rigaud (de Strasbourg), dont la première opération eut lieu vers 1844. Mais ce fut seulement en 1875 que cet auteur communiqua ses observations, alors au nombre de 11, à la Société de chirurgie. Polaillon, dans l'article CALCANÉUM du *Dictionnaire encyclopédique*, analyse

65 observations d'ablation totale du calcanéum. Laissant de côté 9 cas dont les résultats sont peu ou point connus, il compte, sur les 56 cas restant, 40 succès, 5 morts et 15 insuccès (amputations consécutives ou mauvais résultats). Iversen<sup>(1)</sup>, en 1876, arrive aux résultats suivants : sur un total de 74 ablations

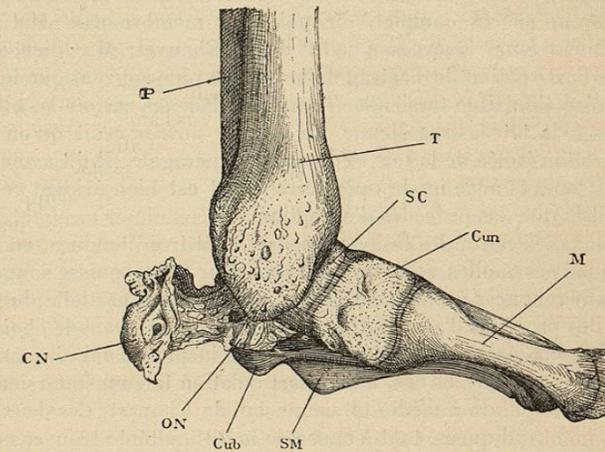


FIG. 50. — Reproduction osseuse après l'ablation simultanée et complète du calcanéum et de l'astragale. (Ollier.)

il compte 58 succès, 12 résultats mauvais, 5 douteux. Ces chiffres se rapprochent beaucoup de ceux qui sont donnés, la même année, par Vincent, dans sa thèse<sup>(2)</sup>. Sur 85 cas, cet auteur compte 55 guérisons avec un membre utile, 5 guérisons avec un membre peu utile, 10 amputations, 5 morts et 2 résultats inconnus. L'étude des résultats éloignés démontre à M. Ollier qu'au point de vue fonctionnel l'ablation totale du calcanéum constitue une bonne opération; les malades marchent bien, et cela grâce à la reproduction du tissu osseux par le périoste conservé.

Dans les cas où il s'agit d'une altération limitée de l'os ou d'une nécrose centrale du calcanéum, on peut se contenter d'une résection partielle, ou encore de l'évidement du calcanéum; opération dans laquelle on enlève toutes les parties centrales altérées, en conservant seulement une coque osseuse qui sert de soutien pendant la marche, et qui se comble peu à peu par les progrès de l'ossification. On peut, dans les ostéites tuberculeuses, combiner l'emploi de l'évidement avec la cautérisation au fer rouge, dans le but de détruire toute l'étendue du tissu morbide. Dans certains cas même, M. Ollier a enlevé la presque totalité de l'os, en conservant uniquement la partie postérieure du calcanéum et le point d'insertion du tendon d'Achille, sous la forme d'une bandelette osseuse à laquelle il donne le nom d'anse calcanéenne. Il a pu de la sorte ménager un point d'appui suffisant pour les fonctions du membre.

<sup>(1)</sup> AXEL IVERSEN, *Ueber Excision des Calcaneus*. Hosp. Tidende, janvier 1876.

<sup>(2)</sup> VINCENT (EUGÈNE), *De l'ablation du calcanéum*. Thèse de Paris, 1876.

Dans les cas où l'affection paraît limitée à l'astragale, on peut se poser la question de l'extirpation isolée de cet os. Dans un mémoire adressé à la Société de chirurgie, M. Robert <sup>(1)</sup> défend l'extirpation isolée de l'astragale; il en a réuni 15 observations (y compris le fait qui lui est personnel); et, sur ce nombre, il compte 1 résultat douteux, 1 récurrence ayant nécessité l'amputation, 1 décès et 12 guérisons. Mais les faits n'ont pas paru aussi favorables à tous les chirurgiens. Dans son rapport sur le mémoire de M. Robert, M. Chauvel <sup>(2)</sup> ne compte, sur les 15 observations signalées, que 5 cas où l'opération a donné, sinon un succès complet, du moins un membre utile. MM. Tillaux et Berger joignent leurs réserves à celles de M. Chauvel; M. Ollier, de son côté, pense que l'extirpation de l'astragale ne sera le plus souvent que le premier temps de la résection tibio-tarsienne. Toutefois, dans les cas où les altérations sont limitées à la tête astragalienne, ce dernier auteur croit qu'on peut pratiquer la résection isolée de la tête et du col de l'astragale. Il dit avoir recouru deux fois avec succès à ce mode opératoire <sup>(3)</sup>. Il est bien évident cependant que ce ne sont là que des procédés d'exception.

Dans les cas où les lésions osseuses sont trop étendues, ou bien encore quand les parties molles sont trop altérées pour qu'on puisse songer à les conserver, il faut renoncer à toute opération de résection partielle du tarse, et employer un des procédés d'amputation partielle du pied. Dans le choix à faire parmi ces nombreux procédés d'amputation, on s'inspirera des circonstances et l'on aura recours, suivant les cas, à la désarticulation tarso-métatarsienne ou de Lisfranc; ou à l'amputation médio-tarsienne ou de Chopart. Ces deux opérations seront rarement indiquées, tant à cause de la difficulté de trouver des lésions osseuses limitées, des lambeaux suffisants dans les parties molles altérées, que vu la crainte des récurrences. Les lésions ont-elles gagné la rangée postérieure du tarse, on pourra, suivant les cas, recourir à l'amputation sous-astragalienne ou à l'opération de Pirogoff. Enfin, dans ces dernières années, un nouveau procédé d'amputation partielle du pied a été conseillé, nous voulons parler de l'opération de Wladimiroff-Mikulicz <sup>(4)</sup>.

De date assez récente dans la chirurgie, cette opération mérite de nous arrêter quelques instants. Pratiquée pour la première fois par Wladimiroff (de Kazan) en 1871, elle a été faite dix ans plus tard par Mikulicz, qui ignorait la tentative de son prédécesseur. Elle consiste à pratiquer l'extirpation complète de tout le tarse et d'une certaine étendue des os de la jambe; on soude ensuite ce qui reste de la rangée antérieure du tarse avec la section des os de la jambe, de sorte que le pied se trouve dans l'axe du membre inférieur; le malade marche sur le talon antérieur, c'est-à-dire sur le coussinet adipeux situé au niveau de la tête des métatarsiens, les orteils étant portés dans l'hyperextension. Comme on l'a dit, l'opéré, de plantigrade qu'il était, devient digitigrade; il se trouve dans les conditions d'un pied équin très prononcé. Il est impossible, à l'heure actuelle, de

<sup>(1)</sup> ROBERT, *Considérations sur l'ablation de l'astragale dans le traitement des ostéo-arthrites fongueuses du cou-de-pied*. Arch. gén. de méd., avril 1884, p. 585 et 567.

<sup>(2)</sup> CHAUVEL, *Rapport sur le travail de Chauvel*. Bull. et Mém. de la Soc. de chir., 2 janv. 1884.

<sup>(3)</sup> OLLIER, *Traité des résections*, t. III, p. 604.

<sup>(4)</sup> Sur l'opération de Wladimiroff-Mikulicz, on pourra consulter : CHAUVEL, *Sur l'opération de Wladimiroff-Mikulicz*. Revue de chirurgie, 1887, p. 1010. — HENRI-VICTOR SIMON, Thèse de doct. de Paris, 1889. — BERGER, *Rapport sur une présentation de malade faite par M. Chaput*. Bull. et Mém. de la Soc. de chir., 1889, p. 558. — A. BROCA, *La résection du tarse par le procédé de Wladimiroff-Mikulicz*. Gaz. hebdomadaire, 1889, p. 282.

formuler un jugement définitif sur la valeur de l'opération de Wladimiroff-Mikulicz, qui, du reste, est susceptible d'autres indications que les ostéo-arthrites du pied. Si toutefois nous nous rapportons aux faits cités dans la thèse de M. Simon, nous voyons que, sur un total de 54 cas, 20 fois le résultat fonctionnel a été satisfaisant. Il est vrai que, 8 fois, la récurrence est survenue dans les cas d'ostéo-arthrites tuberculeuses; mais c'est là une objection que l'on peut faire à toutes les opérations conservatrices pratiquées sur le pied dans les cas d'ostéo-arthrites tuberculeuses. Un autre reproche beaucoup plus fondé, à notre avis, que l'on peut adresser à cette opération, c'est de fournir un mauvais point d'appui au malade pour la marche; de là, la possibilité de douleurs, de troubles trophiques venant compromettre le résultat opératoire. C'est une opération qu'il convient d'étudier encore avant de poser à son égard des conclusions définitives. M. Ollier accepte le principe de l'opération de Wladimiroff-Mikulicz, mais il la croit très rarement indiquée. Il lui préfère la tarsectomie postérieure totale, et, dans les cas où celle-ci n'est pas applicable, l'amputation totale du pied avec lambeau talonnier, doublé du périoste calcanéen <sup>(1)</sup>. Dans les cas, en effet, où l'état des parties molles ou celui des os du tarse et du métatarse ne permet plus la conservation d'aucune partie du pied, force est bien de recourir à la désarticulation tibio-tarsienne, ou à l'amputation de la jambe à un niveau plus ou moins élevé.

Après avoir exposé sommairement les différents procédés opératoires qui peuvent trouver leur application dans le traitement des ostéo-arthrites chroniques du tarse, il nous est impossible de poser les indications et contre-indications de chacun d'eux. C'est une question tout entière à résoudre en clinique, et à propos de chaque cas particulier. La difficulté d'un diagnostic exact et la tendance à la diffusion des lésions sont les principales objections que l'on puisse faire aux différents procédés de résection et d'amputation partielle du pied; de là, la fréquence des récurrences à la suite de ces opérations. Toutes choses égales d'ailleurs, c'est chez les jeunes sujets que ces diverses opérations conservatrices trouveront leurs indications. Chez les adultes, et surtout chez les vieillards, mieux vaut recourir d'emblée à l'amputation totale du pied. On devra tenir compte, en outre, dans la discussion, du mode opératoire à employer, de l'étendue plus ou moins considérable des lésions, et aussi de l'état général du malade qui, s'il est satisfaisant, permettra de faire les frais de la réparation toujours plus longue à obtenir à la suite des résections. Dans les conditions inverses, mieux vaut l'amputation.

#### 6° SYNOVITES DU COU-DE-PIED

Elles sont presque aussi fréquentes que celles du poignet et affectent les diverses formes anatomiques des synovites tendineuses en général. On y peut rencontrer la synovite sèche ou crépitante, la synovite séreuse et la synovite fongueuse. Ces diverses inflammations revêtent la forme aiguë ou chronique. Les traumatismes, les fatigues résultant des marches forcées, le rhumatisme, la blennorrhagie, la syphilis, enfin et surtout, la tuberculose, telles sont les diverses causes qui peuvent donner naissance à ces inflammations.

<sup>(1)</sup> OLLIER, *De la tarsectomie suivie de la fixation de l'avant-pied dans la direction de la jambe ou suture tibio-antépédieuse en direction rectiligne*. Traité des résections, t. III, p. 688.

a. *Synovite sèche, crépitante.* — Moins fréquente au pied qu'à la main, cette forme s'observe surtout au niveau de la gaine des péroniers latéraux, comme conséquence de la fatigue et des marches forcées. M. Richet a cité un cas de ténosite crépitante du jambier antérieur survenue dans ces conditions et suivie de suppuration. La douleur et la sensation spéciale de crépitation accompagnant les mouvements des muscles sont les signes caractéristiques de cette affection.

b. *Synovite séreuse ou hydropisie des gaines.* — Cette forme peut être aiguë ou chronique. En dehors des traumatismes, les causes qui lui donnent le plus fréquemment naissance sont le rhumatisme, la blennorragie et la syphilis. Il est habituel de voir l'inflammation étendue à plusieurs gaines tendineuses; mais celle des péroniers latéraux est la plus fréquemment atteinte; viennent ensuite celles des extenseurs et du jambier antérieur.

Outre la douleur et la gêne pendant les mouvements du pied, il existe un gonflement fusiforme sur le trajet de la gaine des tendons, quelquefois même de la rougeur de la peau et de l'œdème, symptômes que l'on rencontre assez souvent au cours des synovites d'origine rhumatismale ou blennorragique. La fluctuation est plus ou moins facile à percevoir.

Quelquefois l'inflammation passe à l'état chronique; la synoviale se laissant de plus en plus distendre dans ces cas, la fluctuation devient plus manifeste. Parfois même, il se développe à l'intérieur des gaines des grains riziformes. Hulke rapporte un cas de synovite des péroniers latéraux chez une jeune fille de dix-huit ans, dans lequel l'ouverture de la poche donna issue à un grand nombre de corps semblables à des grains de melon, corps cartilagineux à revêtement épithélial, plongés dans un liquide visqueux. Il peut enfin arriver que, sous l'influence d'un traumatisme ou d'un mauvais état général, la synovite passe à la suppuration.

c. *Synovites fongueuses.* — Les synovites fongueuses ou tuberculeuses du cou-de-pied reconnaissent les mêmes causes traumatiques que nous avons déjà invoquées dans la pathogénie des formes précédentes. Il faut faire intervenir, en outre, dans leur interprétation, la diathèse tuberculeuse, que celle-ci se manifeste pour la première fois au niveau du cou-de-pied, ou qu'il y ait déjà d'autres localisations viscérales ou externes de la tuberculose.

C'est surtout sur les parties latérales du cou-de-pied que se développent les fongosités tendineuses, mais leur siège principal est du côté externe, dans la gaine des péroniers latéraux. L'affection se traduit uniquement au début par une gêne plus ou moins considérable dans la marche et les mouvements du pied, puis les douleurs deviennent de plus en plus fortes, et le gonflement s'accuse davantage. Il présente la forme d'un renflement allongé, englobant dans sa courbure à concavité antérieure la malléole externe. Cette tumeur, mobile transversalement, ne peut subir de déplacements dans le sens vertical; du moins ne subit-elle, dans cette dernière direction, d'autres déplacements que ceux que lui imprime la contraction musculaire. La forme de la tumeur est irrégulière, présentant çà et là des bosselures; la consistance est inégale, tantôt ferme, tantôt molle et même fluctuante. La position prise par le pied est intermédiaire entre la flexion et l'extension complète; le gonflement de la région péri-malléolaire contraste avec l'atrophie des muscles du mollet. Se développant en tout sens, les masses fongueuses arrivent à dépasser les limites de la gaine synoviale dans laquelle elles se sont primitivement développées; elles remontent quelque-

fois très haut vers la partie supérieure de la jambe. S'infiltrant dans le tissu cellulaire qui sépare les tendons de la couche postérieure de la jambe du tendon d'Achille, les fongosités arrivent à la face interne du cou-de-pied. La région présente alors deux masses fongueuses, symétriquement développées de chaque côté du tendon d'Achille. Le périoste lui-même est atteint par voisinage; il est détruit et la malléole est mise à nu dans une plus ou moins grande étendue; enfin, l'articulation tibio-tarsienne est envahie. Ces divers prolongements ne se font pas jour sans que des phénomènes de suppuration se soient manifestés dans les gaines synoviales malades. La peau devient adhérente, rouge, elle s'amincit progressivement; un ou plusieurs trajets fistuleux se forment, versant du pus en plus ou moins grande abondance, quelquefois même donnant issue à des fongosités ramollies. Souvent, en même temps, on voit se produire la généralisation tuberculeuse.

Le diagnostic ne laisse pas que d'être parfois assez malaisé. La synovite fongueuse peut être confondue avec une tumeur néoplasique; dans cette dernière cependant, la marche est en général plus rapide, le volume de la tuméfaction est plus considérable, il n'y a pas tendance à la suppuration. Larrey rapporte un cas de sarcome de la face externe du calcaneum qui fut pris pour une synovite des péroniers. Le diagnostic est plus délicat en ce qui concerne les arthrites tibio-tarsiennes et l'ostéite des malléoles. L'examen méthodique de la région permettra de reconnaître le siège exact des lésions répondant aux tendons péroniers, tandis que l'articulation elle-même ne présente ni douleurs, ni craquements, ni limitation des mouvements. De même aussi, la palpation ne fait constater ni gonflement, ni douleur au niveau de la malléole elle-même. Plus tard, quand les os sont envahis, il est bien difficile de dire quel a été l'élément primitivement atteint.

*Traitement.* — Quelle que soit la forme de synovite à laquelle on ait affaire, le traitement devra consister tout d'abord dans le repos, uni à la compression et à la révulsion. Cette dernière pourra être faite, suivant les cas, soit avec la teinture d'iode, soit au moyen des vésicatoires ou des pointes de feu. L'emploi méthodique de ces différents moyens suffira le plus souvent à amener la guérison dans les cas de synovite sèche, et dans ceux de synovite séreuse. Mais dans les synovites fongueuses, il en va tout autrement. Bien souvent, ni la compression, ni la révulsion ne suffisent à triompher de l'affection, et il devient nécessaire de recourir à une opération. Celle-ci doit consister dans la large ouverture des gaines synoviales envahies, avec débridement des trajets fistuleux; on pratique ensuite le curage et, au besoin, l'excision des fongosités; il est possible, vu la disposition de celles-ci, qui se développent surtout sur le feuillet pariétal de la synoviale, de respecter l'intégrité des tendons.

#### 7<sup>e</sup> ARTHRITES CHRONIQUES DE L'ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE

L'articulation tibio-tarsienne est le siège de fréquentes inflammations. Celles-ci sont le plus souvent d'origine traumatique, qu'il s'agisse d'entorses, de fractures simples ou compliquées de plaie; dans ce dernier cas, l'arthrite peut aboutir à la suppuration. Le rhumatisme, la blennorragie, sont également des sources fréquentes d'inflammations tibio-tarsiennes. Chez les sujets prédisposés,

ces différentes variétés d'arthrites aiguës peuvent aboutir à la forme chronique et donner naissance aux arthrites fongueuses ou tuberculeuses. C'est cette dernière forme que nous aurons particulièrement en vue dans notre description. Elle se rencontre plus souvent dans le sexe féminin, contrairement à ce qu'on pourrait croire tout d'abord, vu la fréquence plus grande des traumatismes dans le sexe masculin.

**Considérations anatomiques.** — Avant d'entrer dans la description des arthrites tibio-tarsiennes, il est un certain nombre de considérations anatomiques que nous devons résumer. Nous ferons remarquer tout d'abord l'absence de communication, à l'état normal, entre la synoviale de l'articulation tibio-tarsienne et celles des autres articulations du tarse. Il en résulte que si, parfois, l'articulation tibio-tarsienne est envahie secondairement, comme conséquence de la propagation des lésions osseuses ou synoviales du tarse, il peut se faire aussi que l'articulation tibio-tarsienne soit envahie primitivement, et que les altérations restent limitées à cette seule articulation.

Une autre remarque à faire, c'est celle qui a trait aux résultats des injections forcées poussées dans l'intérieur de l'articulation. Sous l'influence de ces injections, le pied prend une position intermédiaire entre la flexion et l'extension complète. « Si le pied, dit Bonnet, est fléchi sur la face antérieure de la jambe, l'injection le porte dans l'extension, jusqu'à ce qu'il fasse un angle un peu plus ouvert que l'angle droit; si, au contraire, il est fortement étendu sur la jambe, lorsqu'on pratique l'injection, il est ramené par un mouvement léger de flexion jusqu'à ce point où l'angle trop ouvert qu'il formait avec la jambe est réduit presque à un angle droit. (1) » En un mot, la position imprimée au pied par la distension forcée de la synoviale, c'est une extension modérée, dépassant légèrement l'angle droit.

Faisons remarquer enfin que la synoviale articulaire, bridée en dedans et en dehors par la saillie osseuse des deux malléoles et par les ligaments latéraux qui s'en détachent, ne peut se laisser distendre dans ces deux directions. En avant et en arrière, au contraire, la synoviale n'est doublée que par de rares faisceaux fibreux, aussi les liquides injectés dans sa cavité et les produits morbides développés dans son intérieur peuvent-ils aisément la soulever dans ce sens. Mais il est à remarquer que du côté de sa face postérieure, la synoviale est cachée par la saillie du tendon d'Achille; aussi est-elle difficile à explorer de ce côté; c'est donc, en dernière analyse, sur la face antérieure du cou-de-pied que devront porter les investigations ayant pour but de reconnaître la distension de la séreuse articulaire.

**Anatomie pathologique.** — Sur 112 cas de carie et de synovite fongueuse du pied, Münch (2) compte 28 faits de lésions tuberculeuses de l'articulation tibio-tarsienne, dont 27 ayant débuté par la synoviale. Nous emprunterons à M. Ollier (3) la statistique des faits dans lesquels il est intervenu chirurgicalement. Souvent, dit cet auteur, en présence de lésions très avancées, il est impossible de dire par quel point a débuté l'affection; « mais en tenant compte seulement des altérations les plus profondes et les plus avancées, on trouve que

(1) BONNET, *Traité des maladies des articulations*, 1845, t. II, p. 521.

(2) MÜNCH, *Deutsche Zeit. für Chir.*, 1879, t. XI.

(3) OLLIER, *Traité des résections; résection de l'articulation tibio-tarsienne*, t. III, p. 545.

l'astragale en est le siège principal dans les 3/4 des cas environ (21 lésions astragaliennes ou astragalo-calcanéennes contre 8 lésions tibio-péronnières dans notre dernière série) ».

M. Ollier estime que, dans un tiers des cas qu'il a pu examiner, les lésions avaient une origine synoviale, du moins si l'on en juge par l'étendue et l'abondance des fongosités, tandis que les os ne présentaient que des lésions très superficielles. Les lésions synoviales ici, comme pour les autres articulations, sont au moins aussi fréquentes que les lésions osseuses, plus fréquentes même chez l'adulte. S'il semble autrement, c'est que déjà les altérations osseuses secondaires sont très avancées, quand on intervient chirurgicalement.

**Symptômes.** — Le premier symptôme, c'est la douleur; celle-ci est réveillée surtout par la palpation, par les mouvements imprimés à la jointure. La marche devient de plus en plus difficile, et bientôt même impossible. En même temps se produit le gonflement; pour les raisons anatomiques que nous avons précédemment exposées, c'est surtout à la partie antérieure de la jointure que le gonflement se manifeste; il affecte des caractères variables. Tantôt il est franchement fluctuant, dans les cas où l'articulation est distendue par un épanchement liquide; tantôt il présente la consistance molle, propre aux fongosités. Mais si tel est le siège primitif des fongosités, elles ne restent pas limitées en ce point; bientôt elles gagnent la synoviale tout entière, et même dépassant les limites de l'articulation, elles forment des masses volumineuses, soit en arrière, soit sur les côtés dans les régions périmalloéolaires.

L'évolution des différents symptômes que nous venons d'énumérer ne se produit pas sans que le pied prenne une attitude fixe sur la jambe. Celle-ci est conforme aux résultats fournis par les injections forcées de l'articulation; c'est-à-dire que le pied se place dans une attitude permanente d'extension. Il en résulte de l'équinisme pendant la marche. Lorsque le malade garde le lit, l'attitude prise par le pied est variable suivant les cas. Parfois il repose sur le talon, la pointe dirigée en avant; mais, le plus souvent, le genou se fléchit et le pied repose, soit sur son bord interne, soit, plus souvent, sur son bord externe. Lorsque le malade se couche sur le côté sain, le pied vient appuyer par son bord interne sur le membre du côté opposé; mais, bien plus fréquemment, le membre est fléchi dans la rotation en dehors, le genou repose sur son côté externe et le pied appuie par son bord externe également sur le plan du lit. Il en résulte un tiraillement prolongé, une distension du ligament latéral externe; la tête de l'astragale tend à faire une saillie de plus en plus marquée en dehors; il s'y joint une rotation de la plante du pied en dedans. Jamais il ne se produit de luxation véritable; il y a seulement tendance à la subluxation de l'astragale, soit directement en avant, soit en avant et en dehors.

Arrivée à cette période, l'arthrite est habituellement suppurée; les abcès peuvent s'ouvrir sur toute la périphérie de la jointure, soit en avant, soit sur les côtés, dans les régions périmalloéolaires, ou même en arrière sur les parties latérales du tendon d'Achille. Souvent, à ce moment, la tuméfaction du cou-de-pied est considérable, le pied lui-même est œdématié et l'aspect de la région contraste avec l'amaigrissement marqué de la jambe dont tous les muscles sont atrophiés. Le pus s'écoule en abondance des trajets fistuleux, les moindres mouvements causent au malade une vive douleur; l'état général périclité, la septicémie chro-