

fistule; en effet, les chances de guérison sont si minimes, le danger d'une longue expectation est si grand, la propagation de la maladie d'un os à l'autre est si rapide, enfin l'ostéomyélite et la synovite tuberculeuses s'accompagnent si souvent, dès le début, d'une affection d'autres organes, que l'on ne peut que rarement se contenter de la simple ablation de l'os évidemment malade, et que l'on est obligé, dans la plupart des cas, de pratiquer sans tarder une des amputations partielles du pied dont nous donnerons plus loin la description, ou même l'amputation de la jambe. Rappelons toutefois que, même chez l'adulte, le pronostic de ces affections s'est beaucoup amélioré depuis que l'on soumet à l'action de l'iodoforme les articulations dont on a pratiqué le curage et la résection.

§ 146. — Il nous reste à parler du **traitement** de ces processus inflammatoires, à commencer par ceux de l'articulation tibio-tarsienne.

L'**hydarthrose** de l'articulation du cou-de-pied sera traitée suivant les principes généraux, par l'application de substances irritantes (vésicatoire, teinture d'iode etc.), mais avant tout par la *compression*. Si elle résiste à ces moyens de traitement, on aura recours à la *ponction*. De même les arthrites aiguës suppurées, spontanées ou consécutives à une blessure par instrument piquant ou tranchant, seront traitées suivant les règles sur lesquelles nous avons longuement insisté à propos du traitement des affections analogues de l'articulation du genou. Ici encore, dans les formes catarrhales, on s'adressera à la compression combinée avec la ponction, ou à la ponction suivie d'injection (acide phénique à 5 0/0, teinture d'iode); il en est de même des formes plus graves tant qu'elles ne s'accompagnent pas d'un phlegmon quelque peu notable des parties molles périarticulaires, car dans le cas contraire, on doit pratiquer l'*incision et le drainage* de l'articulation avec les précautions antiseptiques. La ponction et l'incision seront faites de préférence sur les côtés des tendons extenseurs. Lorsqu'on a recours à une double incision, on place sous les tendons en question un tube à drainage que l'on raccourcit de bonne heure, et dans chacune des deux plaies on introduit un autre bout de drain que l'on fait pénétrer jusque dans l'articulation. Quant au traitement ultérieur des arthrites suppurées avec phlegmon, dans lesquelles le pus s'est déjà fait jour à l'extérieur, il ne diffère en rien de celui que nous avons déjà décrit à propos des fractures compliquées avec ouverture de l'articulation (§ 139); il en est de même pour ce qui concerne l'immobilisation de l'articulation.

De même le **traitement de l'arthrite tuberculeuse** ne diffère pas essentiellement de celui que nous avons indiqué pour l'articulation du genou. Aussi longtemps que la cavité articulaire ne contient pas de pus en quantité notable, c'est avant tout par la compression que l'on a des chances d'obtenir quelque résultat; on entoure l'articulation de bandes

ordinaires, ou mieux de bandelettes de sparadrap fortement appliquées, et l'on fixe le pied dans une gouttière de tôle ou de fil de fer. Un appareil plâtré suffisamment serré que l'on renouvelle bientôt, et que l'on combine avec l'élévation du membre, a, en général, tout autant sinon plus d'efficacité, que la compression à l'aide de bandes. HUETER vante précisément ici les bons effets de l'injection phéniquée intra-articulaire au moyen de la seringue de Pravaz. On attachera une grande importance à la bonne position du pied, qui doit être maintenu à angle droit sur la jambe, dans une attitude intermédiaire entre la pronation et la supination. Il va sans dire que l'on défendra au malade de marcher même avec son appareil, car la pression exercée par le tibia sur l'astragale, ne peut évidemment que favoriser les altérations des surfaces articulaires dont nous avons donné plus haut la description. Comme nous l'avons déjà fait remarquer, c'est surtout chez les enfants que nous poussons très loin le traitement conservateur. Chez eux, en effet, nous ne nous décidons à quelque intervention chirurgicale importante que lorsque nous avons essayé en vain, pendant longtemps, les moyens plus doux, ou que nous nous trouvons en présence d'une forme très grave d'affection tuberculeuse.

Quoi qu'il en soit, un nombre relativement considérable d'arthrites granulo-tuberculeuses ne guérissent pas, même après plus d'une année de traitement, et l'on doit considérer comme exceptionnels, surtout chez les personnes d'un certain âge, les cas dans lesquels un abcès volumineux disparaît pour ne plus revenir, sous l'influence d'un traitement conservateur. D'ailleurs, dans la majorité des cas d'arthrite tuberculeuse du pied, on voit se produire déjà de bonne heure, en différents points, des abcès qui s'ouvrent au dehors et laissent à leur suite des fistules plus ou moins nombreuses. Nous croyons ne pas nous tromper en admettant qu'au moins la moitié de ces cas d'arthrites avec fistules, ne peuvent guérir sans une intervention opératoire.

Quelle doit être ici la conduite du chirurgien? Les avis sont extrêmement partagés. Les partisans d'une opération aussi radicale que possible, étendent considérablement les indications de l'**amputation**, et il faut avouer que l'ablation partielle ou totale du pied donne des résultats plus sûrs que n'importe quelle autre intervention. Néanmoins, fidèle aux principes que nous avons déjà exposés plusieurs fois, nous n'hésitons pas à restreindre cette opération radicale aux formes les plus graves, les plus étendues d'arthrite tuberculeuse, et nous conseillons d'y avoir recours surtout pour le cas où l'affection locale se compliquerait d'une autre affection grave des organes thoraciques ou abdominaux (tuberculose des poumons, des reins, etc., néphrite, dégénérescence amyloïde, etc.). A côté de ces interventions radicales nous avons à mentionner certaines opérations relativement bénignes, consistant à enlever les parties malades au moyen de la cuiller tranchante, soit par l'inter-

médiaire des fistules, soit après avoir pratiqué de petites incisions. Après de nombreuses tentatives je suis complètement revenu de cette méthode de traitement. Non seulement elle est trop peu efficace dans la forme habituelle de tuberculose limitée à l'articulation tibio-tarsienne, mais elle manque même tout à fait son but, car on ne voit pas du tout ce que l'on fait, de sorte que, dans la plupart des cas, on laisse des parties malades, tandis que souvent on enlève des tissus sains. D'ailleurs, elle est absolument insuffisante lorsque l'affection tuberculeuse s'est propagée aux autres articulations de l'astragale (astragalo-scaphoïdienne, astragalo-calcanéenne). C'est pourquoi je réserve le curage avec la cuiller tranchante aux cas dans lesquels la maladie ne guérit pas à la suite de la résection. Celle-ci crée, en effet, des conditions plus simples, et l'on parvient alors plus facilement à enlever les parties malades avec la curette par la fistule de la plaie opératoire.

L'arthrite tibio-tarsienne nous paraît devoir être traitée d'après des principes analogues à ceux que nous avons émis à propos des affections tuberculeuses du genou. La première condition pour extirper aussi radicalement que possible toutes les parties malades, c'est de *pratiquer une longue incision à l'endroit le plus favorable*. Par cette incision on devra pouvoir juger s'il suffit d'enlever isolément la synoviale tuberculeuse et, cas échéant, les foyers osseux des extrémités articulaires, ou s'il est nécessaire d'avoir recours à une résection de ces dernières, combinée au besoin avec l'ouverture de toutes les articulations astragalo-tarsiennes et avec l'extirpation totale de l'astragale. Je sais bien que mon procédé de double incision antérieure pratiqué de chaque côté des tendons extenseurs, n'est pas exempt de tout reproche, mais dans les cas typiques d'arthrite tibio-tarsienne, il est plus avantageux que les autres méthodes employées jusqu'ici, car il met à nu la partie antérieure de la synoviale que l'on peut ainsi extirper, et les extrémités osseuses elles-mêmes aux endroits qui présentent le plus souvent des foyers tuberculeux (col de l'astragale, face antérieure du tibia). En outre, mon incision permet de pratiquer la résection suivant une méthode qui donne de très bons résultats au point de vue fonctionnel. Je renvoie le lecteur au chapitre suivant pour ce qui concerne le procédé opératoire. C'est surtout chez les enfants que l'incision dorsale antérieure l'emporte sur toutes les autres.

Si l'on s'est décidé à l'amputation, nous conseillons de ne pas chercher à conserver à tout prix des parties suspectes du pied ou de la jambe. Nous ne saurions approuver le conseil qui a été donné de comprendre au besoin des parties molles malades dans le lambeau, dans le but de pratiquer l'opération de SYME ou de PIROGOFF. Sans doute on voit guérir assez fréquemment des trajets fistuleux, mais tout aussi souvent, et même peut-être plus souvent, les fistules persistent indéfiniment, et l'affection rebelle tend à se propager de plus en plus aux parties restées saines jusque là.

L'inflammation fongueuse du tarse sera traitée au début par l'immobilisation du pied dans un appareil, par l'application locale de teinture d'iode, par des bains chauds salins, dont l'efficacité, du reste, est aussi peu reconnue que dans les affections tuberculeuses des autres articulations. C'est dans les processus tuberculeux circonscrits des os que la guérison s'opère le plus facilement, et cela d'autant plus que l'individu est plus jeune. On ouvre alors les abcès, on va à la recherche des trajets tuberculeux, et l'on extirpe l'os malade, par exemple le scaphoïde ou l'un des cunéiformes, si l'affection est limitée à l'un ou l'autre de ces os. Cette méthode de traitement est plus sûre que le simple grattage des parties malades, qui est toujours plus ou moins incomplet et d'une efficacité douteuse, mais n'en mérite pas moins d'être essayé dans bien des cas. Après avoir saupoudré la plaie d'iodoforme, on enveloppe le pied d'un pansement antiseptique. Lorsqu'il existe des fistules, c'est par elles que l'on arrive sur les parties malades, que l'on extirpe de la même manière; nous avons ainsi obtenu assez souvent la guérison, même dans des cas d'extension notable du processus tuberculeux. C'est surtout au **calcanéum** que l'on observe souvent des foyers de granulations de nature tuberculeuse, comme aussi des séquestres et, plus rarement, une infiltration tuberculeuse diffuse. Ces foyers ont une importance très variable suivant leur siège. Les plus favorablement situés sont ceux qui occupent la partie postérieure du calcanéum, ne communiquent pas avec les articulations de cet os, et n'ont, du reste, aucune tendance à s'ouvrir dans ces dernières. On peut, en somme, facilement les faire disparaître par des opérations locales. Le simple évidement du calcanéum avec la gouge ne donne pas toujours le résultat désiré, car on crée ainsi une vaste cavité osseuse dont la guérison, en tout cas, ne s'opère qu'avec une lenteur excessive. Aussi est-il souvent préférable de sacrifier une portion de l'os tout en conservant les parties molles, ou de tailler dans la masse osseuse une gouttière latérale dans laquelle les parties molles viennent se loger. Lorsque l'os tout entier est malade, on peut parfois en pratiquer avec succès l'extirpation totale. Nous reviendrons plus loin sur cette opération. Les auteurs ne sont pas encore d'accord sur la question de savoir si les résections très étendues sont justifiées, si l'on peut être autorisé à enlever au besoin une grande partie du tarse et du métatarse. Les observations publiées par les chirurgiens américains, comme aussi les communications récentes de KAPPELER, prouvent que l'on peut pratiquer des résections très étendues de l'articulation tibio-tarsienne et des articulations du tarse et du métatarse, et conserver ainsi un pied sur lequel l'opéré peut s'appuyer en marchant. KAPPELER a rapporté, dans son travail, quelques faits de ce genre bien caractéristiques; les expériences de cet auteur nous autorisent, surtout depuis que l'on emploie l'iodoforme, à faire des tentatives analogues, du moins chez les individus jeunes. C'est à cette même conclu-