

sion que je suis arrivé après avoir pratiqué des résections étendues des os du tarse et du métatarse. Par contre, lorsqu'il s'agit d'individus âgés, nous maintenons le principe que l'amputation du pied malade a un pronostic bien meilleur que la résection au point de vue de la conservation de la vie de l'opéré. Aussi conseillons-nous de conserver ici l'ancienne pratique, et de ne pas hésiter à sacrifier au besoin une partie du pied ou même le pied tout entier.

C. DES OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LE PIED

1. Résections de l'articulation tibio-tarsienne et des différents os du tarse.

§ 147. — La résection de l'articulation tibio-tarsienne n'est devenue une méthode conservatrice que depuis l'époque où LANGENBECK a démontré qu'en pratiquant deux incisions sur les malléoles, aux endroits où ces dernières ne sont pas masquées par les tendons, on peut enlever les extrémités articulaires, sans produire de lésion notable des parties molles, et en conservant le périoste. Les anciennes méthodes opératoires n'ont plus qu'un intérêt historique, et nous en ferons ici abstraction.

HUETER, récemment, a de nouveau conseillé la méthode consistant à pratiquer au-devant de l'articulation une incision transversale divisant toutes les parties molles, dans le but d'extirper plus complètement la tuberculose articulaire. Une fois l'opération terminée, les tendons et les nerfs doivent être de nouveau réunis par la suture. Dans les formes très graves d'arthrite tuberculeuse, BUSCH et HAHN ont pratiqué dans le même but une incision en forme d'étrier qui, partant des malléoles, se dirige perpendiculairement vers la face plantaire du pied, puis, après avoir scié temporairement le calcanéum, ils ont extirpé l'astragale, de façon à mettre à découvert l'articulation tibio-tarsienne.

LANGENBECK opère de la manière suivante : le pied reposant sur son côté interne, il fait une *incision longitudinale* s'étendant le long du bord postérieur du péroné jusqu'à la pointe de la malléole. Dans l'arthrite chronique, une incision longue de 4 à 6 centimètres est suffisante, tandis qu'elle doit être plus étendue lorsqu'il s'agit d'une blessure par coup de feu. Le bistouri pénètre directement au-devant des tendons péroniers et divise d'emblée le périoste.

HUETER fait partir de l'extrémité de cette incision, au niveau de la pointe malléolaire, une autre incision plus courte (1 à 1 1/2 centimètre) formant un angle aigu avec la première, et s'étendant le long du bord antérieur de la malléole.

On détache ensuite les parties molles de la face antérieure du péroné, à l'aide d'une rugine que l'on introduit dans le bout supérieur de la

plaie, et qui sert à décoller le périoste de façon à le laisser en relation avec la peau. Plus on descend et plus on éprouve de difficultés à se servir efficacement de cet instrument, et surtout au niveau de l'épiphyse cartilagineuse, on est souvent obligé de se servir du bistouri et des pinces pour détacher le périoste. En avant, on poursuit d'emblée le décollement jusqu'à la synoviale, que l'on divise en même temps le long de son bord d'insertion. On introduit ensuite de nouveau la rugine dans l'extrémité supérieure de l'incision pour détacher de la face postérieure de l'os, le périoste avec la gaine péronière jusqu'au ligament interosseux, puis on sépare à son tour ce dernier de la surface du péroné. Lorsque, enfin, toute la périphérie de l'os a été ainsi mise à nu, on divise ce dernier avec la scie passe-partout, en ayant soin de bien protéger les parties molles à l'aide des doigts et de la rugine ; ainsi on glissera un de ces instruments en arrière de l'os, dans le but d'écarter le ligament interosseux. Pour dégager ensuite complètement la malléole, on saisit cette dernière par son extrémité sciée au moyen d'un fort davier, on la rabat peu à peu en dehors, ce qui permet de détacher de sa face interne et postérieure, le périoste et surtout le ligament interosseux, puis vient finalement la section des ligaments péroniers à l'aide du bistouri.

V. LANGENBECK enlève ensuite avec la scie la poulie astragalienne, pendant qu'un aide maintient les tendons dorsaux soulevés au moyen d'un écarteur ; en effet, ce temps de l'opération réussit mieux alors que le pied est encore fixé, qu'après la section des ligaments qui le rattachent au tibia. Dans certains cas (blessures par armes à feu, voir plus haut), on se contente de cette résection partielle lorsqu'on juge que le tibia peut être conservé.

Une seconde incision semblable à la première met à nu le tibia. Le pied reposant sur son côté externe, on fait une incision divisant d'emblée le périoste, et commençant au sommet de la malléole interne pour s'élever verticalement le long de la ligne médiane de la face interne du tibia, sur une longueur égale à celle de l'incision péronière. Ici encore, on commence à décoller le périoste en avant de l'incision et de haut en bas jusqu'à la pointe de la malléole, puis sans jamais s'éloigner de la surface de l'os, on détache l'insertion du ligament latéral interne, comme aussi, au bord antérieur de l'os, l'insertion de la synoviale que l'on laisse en relation avec les parties molles qui l'entourent.

HUETER fait, en outre, au-dessous de la pointe de la malléole, une incision en U qui contourne cette extrémité osseuse, de sorte que l'incision tout entière a la forme d'une ancre. Cette incision a été indiquée tout d'abord par V. LANGENBECK, qui la conseille principalement pour les cas de résection partielle du tibia, parce qu'on a alors besoin de plus de place pour l'opération. La section du tibia s'opère plus facilement dans ces cas lorsqu'on applique la pointe de la scie contre le bord postéro-interne de l'os, et qu'on fait manœuvrer l'instrument un peu obliquement de haut en bas et de dedans en dehors. Dans le procédé de HUETER, l'incision en forme d'ancre est à conseiller dans tous