

articulation flottante plus ou moins inutile ; parfois même l'opération n'est suivie ni de la guérison de l'affection articulaire, ni d'une formation nouvelle de tissu osseux.

Comme parfois la guérison est très rapide à la suite de la résection tibio-tarsienne, on est tenté de supposer, lorsqu'elle tarde à se faire, qu'elle ne s'opérera pas du tout, ou tout au moins que le pied ne pourra plus être utilisé pour la marche. Me basant sur un certain nombre d'observations, je ne crains pas d'affirmer que l'arthrite fongueuse tibio-tarsienne peut guérir encore après plus d'une année et que, ce qui est le principal, l'articulation peut acquérir un degré suffisant de solidité.

Grâce à la production abondante du tissu osseux nouveau, la résection tibio-tarsienne, dans les cas de traumatismes, est suivie d'une ankylose de l'articulation ou, tout au moins, d'une contracture voisine de l'an-

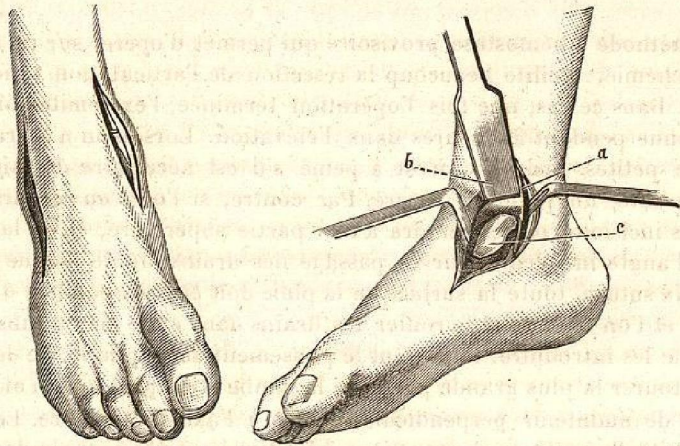


Fig. 60.

Fig. 61.

lose. C'est là précisément ce qui fait le succès de la résection, mais à la condition naturellement que le pied soit ankylosé tout à fait à angle droit, et ne soit déjeté ni dans le sens de l'abduction, ni dans celui de l'adduction. Même dans les cas d'ankylose complète, la démarche acquiert avec le temps un peu plus d'élasticité, grâce à une certaine mobilité qui s'établit dans les articulations antérieures, dans le sens de la flexion plantaire et dorsale. Si, pendant le cours de la guérison, on néglige de donner au membre une bonne position, on devra s'attendre à n'obtenir qu'un résultat imparfait, et, de fait, l'examen ultérieur des opérés de la guerre franco-allemande (GROSSHEIM) a démontré qu'il en était ainsi dans un assez grand nombre de cas. En outre, un certain nombre d'insuccès doivent être mis sur le compte de la paralysie d'inactivité, analogue à celle que l'on observe à la suite des résections de l'épaule et du coude, para-

lysie sur laquelle nous avons déjà insisté longuement dans les chapitres consacrés à ces articulations.

§ 148. — L'incision de LANGENBECK, dont nous avons donné la description dans le paragraphe précédent, n'est certainement pas suffisante lorsqu'il s'agit de mettre à découvert l'articulation tibio-tarsienne et les articulations voisines affectées de *tuberculose*. En outre, ce procédé a l'inconvénient que, précisément lorsqu'il est employé dans les cas si fréquents d'arthrite tuberculeuse, il ne se forme souvent pas de tissu osseux en quantité suffisante à la suite de l'opération, et que l'état fonctionnel du pied laisse alors beaucoup à désirer. Or, j'ai réussi à trouver une méthode opératoire qui, sous ce rapport, n'a pas les inconvénients de celle de LANGENBECK, et comme elle m'a donné d'excellents résultats dans un grand nombre de cas, je ne puis que la conseiller vivement aux chirurgiens. Pour ce qui concerne d'abord la direction à donner aux incisions, je suis parti du principe qu'elles doivent permettre soit de faire la résection typique, soit d'enlever seulement les parties malades, si cette première opération ne se trouvait pas absolument indiquée. C'est pourquoi je pratique les incisions de façon à ce qu'elles mettent à nu précisément les parties les plus malades de l'articulation et des extrémités osseuses. Je fais deux incisions antéro-latérales passant en avant du bord antérieur des deux malléoles. Elles ont pour but de permettre de soulever les parties molles recouvrant en avant l'articulation, depuis l'insertion tibiale de la synoviale jusqu'au scaphoïde, et comprenant, par conséquent, la séreuse, les tendons extenseurs, les nerfs et les vaisseaux ; on peut alors examiner le tibia, l'astragale et éventuellement l'articulation astragalo-scaphoïdienne.

L'incision antéro-interne commence sur le tibia à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'articulation, en dedans des tendons extenseurs et tout près du bord antérieur de la malléole correspondante. En franchissant l'articulation, elle ouvre cette dernière, puis elle suit le côté interne du corps et du col de l'astragale, et se termine en avant et en dedans de la saillie du scaphoïde. L'incision antéro-externe est pratiquée au-devant du bord antérieur de la malléole péronière ; de même que l'incision interne elle ouvre l'articulation en passant au-devant de cette dernière ; elle se termine au niveau du sinus du tarse¹, à la hauteur de l'articulation astragalo-scaphoïdienne.

A l'aide de pinces, d'un bistouri et d'un élévatoire, on détache et souève des os sous-jacents — du tibia en haut et de l'astragale en bas — tout le pont de parties molles compris entre les deux incisions. S'agit-il d'une affection tuberculeuse, on procède ensuite à l'excision de la partie antérieure du sac synovial malade. On parvient toujours facilement à mener à bonne fin ce temps de l'opération en attaquant la synoviale par

1. Extrémité antérieure évasée de la gouttière astragalo-calcanéenne.

l'une ou l'autre des deux incisions, à l'aide des pinces et des ciseaux. Le pied étant amené en flexion dorsale, on maintient soulevé le pont de parties molles au moyen d'un crochet de LANGENBECK; on peut alors examiner toute la région antérieure de l'articulation et soumettre le tibia et l'astragale aux manœuvres opératoires jugées nécessaires. On aura à décider, à ce moment de l'opération, si l'on enlèvera simplement les parties malades à l'aide du ciseau et de la cuiller tranchante, ou si l'on aura recours à la résection typique. Lorsqu'il s'agit de gros foyers de l'astragale, on doit toujours craindre que les trois articulations de cet os avec les os voisins ne soient également affectées; aussi l'extirpation de l'astragale est-elle ordinairement indiquée dans ces cas. On peut enlever facilement cet os par l'une et l'autre incision, surtout l'interne, au moyen de pinces, de ciseaux ou d'un bistouri, et en s'aidant d'élevatoires puissants. Si l'on a dû pratiquer l'extirpation de l'astragale, on peut ensuite, en soulevant le lambeau antérieur et en exerçant des tractions sur le pied, mettre à découvert l'articulation dans toute son étendue et enlever toutes les parties malades.

Mais si, avant d'avoir rien enlevé de l'astragale, on acquiert l'impression que l'ablation des extrémités articulaires est nécessaire, on détache les couches externes des malléoles à l'aide d'un large ciseau introduit successivement dans l'une et l'autre incision. On donne à la lame de l'instrument une direction parallèle à la face externe de la malléole, et l'on divise cette dernière de façon à en séparer une plaque osseuse qui reste en relation en haut avec le tibia ou le péroné (périoste et couches osseuses superficielles), et en bas avec les ligaments (on voit en *a*, fig. 61, la ligne de section de la malléole interne); un mouvement de levier imprimé au ciseau facilite ce temps de l'opération. Les bords de l'incision antéro-interne étant ensuite maintenus écartés par des crochets (voir fig.), on résèque l'extrémité inférieure du tibia à l'aide d'un large ciseau. J'ai pratiqué un grand nombre de fois cette opération, et je puis affirmer qu'il ne m'est jamais arrivé de blesser les parties molles. Le fragment du tibia est aussitôt chassé au dehors par un mouvement de levier de l'instrument. Puis, suivant les circonstances, on extirpe complètement l'astragale, ou bien on n'excise que la poulie de l'os à l'aide du ciseau ou de la scie de LANGENBECK; on peut alors enlever, au besoin, les parties malades de l'articulation astragalo-scaphoïdienne, et procéder à l'extirpation totale de la synoviale. Le temps le plus difficile de l'opération est l'ablation de cette membrane au niveau de son insertion postérieure sur le tibia. Une forte traction exercée sur le pied rendra plus accessible cette partie du champ opératoire.

Une fois l'opération terminée, sans perte de sang grâce à l'hémostase provisoire, on soumet toute la région à un nettoyage complet et à des lavages désinfectants, puis on frotte d'iodoforme la surface de la plaie, et l'on suture cette dernière après avoir introduit de chaque côté un pe-

tit bout de drain. Les plaques osseuses malléolaires sont fortement refoulées en dedans. Enfin on applique un pansement antiseptique compressif servant en même temps à immobiliser le membre.

Cette méthode opératoire m'a donné d'excellents résultats au point de vue de la forme et de la solidité du pied.

Lorsque la maladie intéresse à la fois l'articulation tibio-tarsienne et la partie postérieure du tarse, MIKULICZ a recours à une méthode d'incision qui lui permet de retrancher du pied toute cette région, et de conserver la partie antérieure qu'il met en rapport avec la surface de section des os de la jambe. Il en résulte un pied équin avec lequel le malade peut marcher sans trop de difficulté.

Le patient étant couché sur le ventre, on pratique tout d'abord une incision plantaire commençant en avant de la tubérosité du scaphoïde (au bord interne du pied), et divisant transversalement toutes les parties molles de la région plantaire, pour se terminer en arrière de la tubérosité du 5^e métatarsien. Des points terminaux de cette incision on en fait partir deux autres, l'une interne et l'autre externe, se dirigeant d'avant en arrière jusqu'au bord postérieur des malléoles, où on les réunit par une dernière incision divisant d'emblée le tendon d'Achille. On amène ensuite le pied en flexion dorsale, on ouvre d'arrière en avant l'articulation tibio-tarsienne, on sépare l'astragale et le calcaneum des parties molles du dos du pied, on les désarticule, et l'on opère avec la scie une section bien nette du tibia et du péroné, puis du scaphoïde et du cuboïde. Les deux surfaces de section sont ensuite mises en contact réciproque, de façon que le pied, comme nous l'avons déjà fait remarquer, prend la position du pied bot équin. MIKULICZ a donné à cette opération le nom de « résection ostéoplastique ».

Il est nécessaire de pratiquer la section des tendons des fléchisseurs plantaires pour que l'opéré puisse marcher convenablement.

§ 149. — Nous avons déjà parlé des résections isolées des os du tarse et renfermé dans des limites assez étroites les indications de ces opérations. Nous avons dit que l'on pratique assez souvent l'extirpation de l'astragale à la suite de lésions traumatiques ou d'affections isolées de cet os, avec ou sans excision d'autres parties de l'articulation tibio-tarsienne. Quant aux autres os du tarse, ils ont été assez souvent soumis à l'évidement suivant le procédé de SÉDILLOT, c'est-à-dire à l'opération qui consiste à enlever les parties malades à l'aide de la cuiller tranchante. Cependant on a aussi pratiqué de temps en temps des résections isolées de ces os.

Récemment KAPPELER (voir plus haut § 146) se basant sur ses propres observations et sur celles qu'ont publiées d'autres auteurs, a plaidé en faveur des résections très étendues du squelette du pied. C'est ainsi qu'il a enlevé chez un malade tous les métatarsiens, les trois cunéiformes et le cuboïde, et chez un autre le tarse tout entier à l'exception des deux tiers du calcaneum, et, dans l'un et l'autre cas, l'opération a eu pour résultat de conserver un pied réellement utilisable. En tout cas, de nos jours, depuis que la guérison de ces grandes pertes de substance est