

le nerf tibiaux postérieurs, sans compter les insertions des adducteurs et fléchisseurs propres.

Extraction du calcanéum. Cette opération, pratiquée avec succès par Ferdinand Robert (de Prague) en 1837, a été depuis répétée un assez grand nombre de fois d'après des procédés réguliers. On connaît actuellement une trentaine d'extirpations de cet os. M. le professeur Rigaud a exécuté quatre ou cinq fois cette résection, et n'a perdu qu'un seul de ses malades; tous les autres se sont rétablis et ont pu se servir de leur membre.

M. Linhart, de Würzburg, a eu l'occasion de disséquer le pied d'un malade, opéré trois années auparavant, et a constaté que le calcanéum était remplacé par une masse inodulaire, dans laquelle plongeait la tête de l'astragale fortement renversée en bas; le cuboïde s'était porté un peu en arrière. Le pied, en général, avait la conformation d'un valgus.

Procédés opératoires. Un lambeau plantaire à base antérieure, et à contour arrondi en arrière le long du tendon d'Achille, avec ou sans prolongement linéaire en raquette, est le procédé le plus favorable. On doit commencer par découvrir la face externe de l'os, détacher le périoste, ce que l'état inflammatoire des parties rend habituellement facile, et ruginer les parois osseuses de bas en haut ou de haut en bas. On arrive ainsi sur les articulations calcanéocuboïdienne et calcanéoastragaliennne, dont on divise les ligaments. L'os est ensuite basculé de haut en bas et de dehors en dedans, et la rugination permet d'en séparer sans trop de peine le tendon d'Achille, les tendons des péroniers en dehors, et ceux du jambier postérieur, du fléchisseur du gros orteil et du fléchisseur des orteils en dedans, le premier logé dans une gouttière très-profonde. On parvient ainsi à enlever l'os, sans avoir ouvert aucun vaisseau et sans avoir perdu de sang, résultats impossibles par toute autre manœuvre. C'est donc plutôt une dissection attentive de l'os, avec rugination, que l'on pratique qu'une résection ordinaire. On maintient la plaie béante pendant quelques jours et les jeunes sujets guérissent assez vite et sans graves accidents. La cicatrice n'occupe pas la plante du pied, et l'écoulement du pus est assuré.

Appréciation. L'évident peut remplacer, dans beaucoup de cas, avec avantage, l'opération que nous venons de décrire.

Résections des métatarsiens et des orteils. Les résections d'un des quatre derniers métatarsiens et des orteils correspondants sont rarement praticables, et toutes les fois que ces os sont gravement altérés, l'amputation est préférable. Moreau, Kramer, Textor, Barbier, Roux, Blandin etc. ont pratiqué la résec-

tion de l'extrémité phalangienne du premier métatarsien ou de la totalité de cet os, et en ont obtenu quelques succès. Barbier enleva, en 1795, le premier métatarsien, qui était luxé et irréductible, et vit son malade guérir en quarante jours. La même opération paraît avoir été faite dans d'autres cas pour la carie, la nécrose et le spina ventosa.

Velpeau a rassemblé plusieurs faits d'ablation complète du premier métatarsien et des phalanges du gros orteil, sans inversion consécutive du pied; j'ai répété la même remarque, et il serait d'ailleurs facile de maintenir le pied avec une lame d'acier, placée dans la chaussure, ou une semelle élastique, comme l'a indiqué Larrey; on pourrait dans des conditions favorables pratiquer des résections partielles de ces os. Dans tous les cas où l'extraction de la totalité du premier métatarsien serait nécessaire, on aurait probablement plus de chances de succès en amputant en même temps les orteils, la plaie serait plus nette, plus régulière et plus aisée à cicatricer. Blandin a enlevé le premier métatarsien isolément en conservant ses phalanges; mais il n'est nullement démontré que le gros orteil, resté mobile et sans fixité au milieu des chairs, soit d'aucune utilité.

Les incisions en \Rightarrow , cruciale X, quadrilatère \square , à double lambeau —|— , permettent de découvrir une portion ou la totalité des métatarsiens et d'en opérer la résection, après qu'on a détaché les chairs et les tendons qui les avoisinent; on se sert de la scie à chaîne, des scies en crête de coq etc., avec beaucoup de facilité. Les lambeaux tégumentaires doivent être réunis sans tension et sans étranglement, et on assure une libre issue à l'écoulement du pus.

TRÉPANATION DES OS DU CRANE.

Les indications du trépan ne sont pas encore complètement déterminées, malgré les nombreuses et savantes discussions dont elles ont été l'objet. Tandis que d'habiles chirurgiens, marchant sur les traces de Desault, de Bichat, de Gama, tendent à faire rejeter d'une manière presque absolue la trépanation crânienne, d'autres praticiens du plus haut mérite s'en déclarent les défenseurs et en exagèrent l'importance. Le temps mettra fin aux dissentiments par les découvertes et les lumières dont il éclairera cet important sujet; mais tant qu'on ignorera les fonctions des diverses parties de l'encéphale, la direction et le trajet des fibres qui arrivent à ce grand centre nerveux on en partent pour établir la vie