



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

Archive ouverte UNIGE

<https://archive-ouverte.unige.ch>

Thèse

1892

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

Contribution à l'étude clinique des tarsectomies postérieures : méthode du
Professeur J.-L. Reverdin

Patru, Charles

How to cite

PATRU, Charles. Contribution à l'étude clinique des tarsectomies postérieures : méthode du Professeur J.-L. Reverdin. Doctoral Thesis, 1892. doi: 10.13097/archive-ouverte/unige:26898

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:26898>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:26898](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:26898)

CONTRIBUTION

A

L'ÉTUDE CLINIQUE DES TARSECTOMIES

POSTÉRIEURES

UNIVERSITÉ DE GENÈVE

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE CLINIQUE DES

TARSECTOMIES POSTÉRIEURES

Méthode du Professeur J.-L. REVERDIN

PAR

Charles Patru

Médecin diplômé de la Confédération suisse.
Ancien médecin assistant à la Maternité de Genève.

THÈSE INAUGURALE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE POUR OBTENIR
LE TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



GENÈVE

IMPRIMERIE J. STUDER, ROND-POINT DE PLAINPALAIS, 3.

1892

387

INTRODUCTION

En 1885, au congrès français de chirurgie, notre maître, le professeur J.-L. Reverdin, faisait une communication sur un nouveau procédé d'extirpation de l'astragale, et en démontrait les avantages, tant au point de vue de la facilité d'exécution que de l'investigation parfaite de la région. Il insistait tout particulièrement sur le fait que ce procédé constitue une véritable « méthode », commençant par une exérèse osseuse exploratrice et pouvant, suivant l'étendue des lésions constatées de cette façon, se transformer en résection plus ou moins compliquée, voire en amputation.

M. Reverdin exprimait alors le regret de n'avoir pu expérimenter sa méthode sur le vivant que dans un nombre de cas très-limité. Il ne possédait en effet que trois observations, dont deux étaient si récentes qu'il n'était pas possible de traiter en connaissance de cause le chapitre capital des résultats éloignés.

Mais depuis 1885, les applications s'en sont multipliées et comme nous avons eu l'heureuse chance d'assister à quelques-unes de ces opérations, de suivre les patients et de les revoir récemment, nous saisissons aujourd'hui l'occasion qui s'offre à nous de combler la lacune signalée et nous voulons reprendre la question, en insistant sur les résultats fonctionnels.

En d'autres termes, cette thèse doit constituer le complément naturel et nécessaire à la communication de notre

maître, complément qui, disons-le dès à présent, se trouve être la sanction expérimentale du procédé qu'il avait imaginé.

Une semblable étude, intéressante en elle-même, présente plus que toute autre l'attrait de l'actualité, puisque, à notre époque, la chirurgie des membres vise de plus en plus aux opérations conservatrices et cherche à restreindre autant que possible les indications de l'amputation, cette « banqueroute de l'art », comme l'appelait Cooper, ce pis-aller qui ne s'impose que trop souvent encore au praticien : *dura lex, sed lex !*

C'est dans les affections tuberculeuses de la région qui va nous occuper, c'est au pied, que les partisans des résections ont éprouvé le plus de déceptions et d'échecs. Le fait qu'il s'agit du membre inférieur et que, par conséquent, le malade est immobilisé pendant longtemps; la disposition compliquée des os et articulations de ce segment du membre inférieur, bien faite pour dépister l'examen le plus attentif, les menaces de récurrence, les interventions secondaires qu'elles nécessitent, l'indocilité des malades à l'égard des soins consécutifs, tout conspire à décourager nombre de chirurgiens, et à leur faire préférer à la résection l'amputation, qui, si elle sacrifie le membre, débarrasse plus vite le malade... et le médecin.

C'est renoncer trop facilement à la lutte. Ollier plus que tout autre, par ses publications et celles de ses élèves, a déjà puissamment réagi contre cette tendance dangereuse. A son tour l'expérience de notre maître permet de signaler les résultats encourageants d'une méthode nouvelle et nous sommes heureux de pouvoir, sous sa direction éclairée, contribuer en quelque chose à la solution du problème.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, nous exprimons notre profonde reconnaissance à Monsieur le professeur J.-L. Reverdin qui, après s'être montré un guide précieux et un ami durant le cours de notre instruction médicale, nous confie aujourd'hui l'étude d'une question qu'il a particulièrement à cœur.

Toute notre gratitude aussi à Monsieur le professeur Auguste Reverdin, pour l'intérêt qu'il nous a porté et pour les observations personnelles qu'il a mises à notre disposition.

Du procédé opératoire.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que l'on pratique l'extirpation de l'astragale atteint de carie. La littérature médicale en signale par-ci par-là quelques essais aussi rares que peu encourageants. Les chirurgiens d'autrefois n'entreprenaient pas volontiers une opération à juste titre déconseillée par les maîtres, et ceux qui s'y aventuraient n'avaient pas souvent lieu de s'en vanter.

Le mot de tumeur blanche du cou-de-pied était pour eux synonyme d'amputation. Tout au plus tentaient-ils, avant d'en venir là, des interventions atypiques, des évidements de foyer, des cautérisations de trajets, sans se faire d'illusions sur leur efficacité. Ollier lui-même (qui, depuis dix ans a pratiqué plus de soixante fois l'extirpation de l'astragale dans l'ostéo-arthrite tibio-tarsienne) disait formellement en 1874, au congrès de Lille : « Dans les cas de carie de l'astragale il faut amputer parce qu'une intervention locale produirait de trop grands délabrements, cet os étant rarement seul malade ».

Il fallut la généralisation de la méthode antiseptique pour changer la face des choses. N'ayant plus à craindre d'ouvrir des jointures et des gaines tendineuses, d'inciser largement pour se faire du jour, il n'était plus besoin de beaucoup d'audace aux opérateurs pour songer à attaquer localement le mal et à le poursuivre dans ses retraites les plus cachées. Aussi voit-on se former, au préjudice des inter-

ventions extrêmes, l'amputation d'une part, les opérations atypiques et incomplètes de l'autre, un courant favorable à la résection qui a l'avantage d'être en même temps conservatrice et typique. C'est ce qu'exprime très-justement Kœnig :

« Certaines opérations bénignes, dit-il, consistent à enlever les parties malades au moyen de la cuiller tranchante, soit par l'intermédiaire des fistules, soit après avoir pratiqué de petites incisions. Après de nombreuses tentatives je suis complètement revenu de cette méthode de traitement qui se montre insuffisante. 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. »

Plus loin le même auteur cite et approuve l'opinion de Kappeler dont les observations plaident en faveur des résections très-étendues du squelette du pied, et estime que l'on est parfaitement autorisé à pratiquer les opérations de ce genre chez les individus jeunes, car on peut ainsi conserver des pieds qui, cela va sans dire, ne sont pas parfaits au point de vue de la forme et de la structure, mais peuvent rendre néanmoins des services à l'opéré. « Quant à l'amputation, dit-il en terminant, elle doit être réservée pour les formes les plus graves, les plus étendues, surtout lorsqu'il y a complications thoraciques ou autres. »

Nous assistons, dès 1880, à l'apparition d'une multitude de procédés de résection tibio-tarsienne et d'extirpation de l'astragale : incisions jambières, incisions tarsiennes, incisions longitudinales ou transversales, uniques ou multiples, etc. Le nombre de ces procédés dépasse

la vingtaine. Ils ont fait le sujet d'une intéressante étude comparative, dans la thèse du docteur Gremaud (laboratoire de médecine opératoire de la faculté de Genève, 1884). Aussi n'avons-nous pas l'intention d'en rééditer la liste, d'autant plus que la plupart d'entre eux sont actuellement abandonnés. Il sera plus intéressant de comparer entre eux le procédé de M. Reverdin et les principales opérations préconisées aujourd'hui dans les cas de tuberculose tibio-tarsienne.

Ce qu'il faut remarquer, d'une manière générale, c'est qu'autrefois on commençait la résection tibio-tarsienne par l'ablation des extrémités tibiale et péronière, et on enlevait ensuite l'astragale si on le jugeait nécessaire. A l'heure actuelle, nous suivons une marche inverse; nous enlevons d'abord l'astragale, puis nous abrasons, nous évidons et nous enlevons même, s'il le faut, les extrémités tarsiennes des os de la jambe. Nous procédons en sens inverse de nos devanciers; nous commençons par où ils finissaient.

Nous agissons ainsi dans un triple but :

- 1° Pour enlever un os le plus souvent altéré ;
- 2° Pour conserver le plus possible de la mortaise malléolaire afin d'avoir de meilleures conditions de solidité pour la néarthrose que nous voulons établir ;
- 3° Pour donner le jour nécessaire à une exploration complète de la région (Ollier, Traité des résections).

M. Reverdin imagina son procédé à propos d'un cas exceptionnel où il s'agissait de remédier à une ankylose tibio-tarsienne avec équinisme. La section du tendon d'Achille, fortement rétracté, s'imposait. Influencé par cette expérience le chirurgien conseilla, dans sa première communication, en 1883, de sectionner le tendon d'Achille pour pratiquer la résection tibio-tarsienne complète. Il ne donnait pourtant pas

cette section comme indispensable et il y renonça dans la suite, n'en ayant jamais senti la nécessité, même dans les résections étendues.

Voici maintenant la description détaillée du manuel opératoire, tel qu'il a été établi par notre maître, tel que nous l'avons exécuté à plusieurs reprises sur le cadavre et tel qu'il a été utilisé dans les cas dont nous donnons plus loin la relation, et à propos desquels, pour éviter des répétitions fastidieuses, nous n'aurons qu'à signaler les adjonctions et modifications apportées dans le cours de l'opération, au procédé primitif.

L'opération se pratique après que le membre a été ischémié au moyen de la bande et du tube d'Esmarch. De cette façon aucun écoulement sanguin ne vient gêner le chirurgien dans ses investigations délicates. Il faut noter du reste que l'hémorrhagie est si faible, une fois le membre délié, qu'il est rare d'avoir à poser des ligatures et qu'un pansement compressif, secondé par l'élévation du membre pendant la période de dilatation paralytique des vaisseaux, réalisent, dans la règle, une hémostase suffisante.

1^{er} TEMPS. Incision de la peau et du tissu cellulaire partant du bord externe du tendon d'Achille, au-dessus du calcaneum, passant à ras de la pointe de la malléole externe et se dirigeant de là obliquement en avant et en dedans jusqu'au voisinage immédiat du tendon extenseur du cinquième orteil ou du tendon du péronier antérieur sur le bord duquel elle se termine, à environ deux travers de doigt en avant de la ligne bi-malléolaire.

2^{me} TEMPS. Section des tendons des péroniers latéraux et ouverture de l'articulation astragalo-calcaneenne dans sa partie externe.

3^{me} TEMPS. Avec la rugine on attaque d'abord les liga-

ments compris dans la lèvre supérieure de l'incision, et l'on détache les insertions à l'astragale du ligament péronéo- astragalien postérieur, puis, dans la lèvre inférieure, la partie externe du ligament astragalo-scaphoïdien supérieur. Le pied peut alors être renversé fortement en dedans, la poulie astragalienne paraît dans la plaie et l'on peut atteindre derrière elle, avec la rugine, une partie des insertions astragaliennes du ligament deltoïdien (tibio-astragalien) ainsi que la partie interne du ligament astragalo-scaphoïdien supérieur ; avec une rugine étroite ou avec un bistouri on coupe le ligament interosseux. L'astragale est alors saisi par son col avec un davier ; pendant qu'un aide renverse le pied en dedans, l'opérateur fait basculer l'os de haut en bas et de dedans en dehors, et détache les dernières adhérences ligamenteuses.

M. Reverdin a fait construire dans ce but un davier spécial, moins volumineux que celui de Farabeuf, qui expose à la contusion des parties molles et qui n'est pas toujours d'une application aisée. Ce nouveau davier, combiné de manière à laisser un intervalle entre les deux mors, pour éviter l'écrasement d'un os rendu friable par la carie, est composé de deux branches, l'une concave, qui vient embrasser la poulie de l'astragale, l'autre droite, que l'on insinue dans la gouttière astragalienne. Une fois placées on les articule comme un forceps.

L'opération terminée, on suture les deux tendons coupés.

Ce procédé figure en abrégé dans la dernière édition du précis de manuel opératoire de Farabeuf.

Une fois l'astragale extirpé, il est rare que le chirurgien ait à s'en tenir là. En admettant que cet os soit le point de départ des lésions, celles-ci sont en général disséminées, propagées dans les séreuses qui l'entourent de trois côtés,

et dans les os adjacents. C'est même cette tendance de la carie du tarse à se répandre dans les os et les articulations du voisinage qui en constitue le pronostic défavorable. Si l'on fait abstraction de l'extrémité postérieure du calcaneum qui souvent est seule malade, on ne voit que rarement une affection tuberculeuse rester localisée dans l'un ou l'autre des os du tarse.

Mais le diagnostic précis et complet est impossible avant que l'on ait mis l'os à nu. C'est pour cela que l'extirpation de l'astragale a une haute importance exploratrice. Elle permet au doigt et à l'œil du chirurgien de pénétrer au centre des lésions et d'examiner d'un coup la mortaise tibio-péronière, les malléoles, l'articulation sous-astragaliennne, la face supérieure du calcaneum, le scaphoïde, les séreuses, en un mot les organes où se développe avec prédilection la tuberculose. Il est impossible d'imaginer une opération permettant d'explorer aussi complètement la région et c'est pourquoi Vallas est allé jusqu'à dire : « Il ne faut pas hésiter à sacrifier cet os, fût-il absolument sain. L'ablation préalable de l'astragale dans l'ostéo-arthrite tuberculeuse du cou-de-pied est la condition indispensable d'une opération complète. »

Cette extirpation est donc bien plutôt le moyen que le but. Il en est du moins ainsi dans notre série d'opérés, où l'intervention ne s'est jamais bornée à l'extirpation pure et simple de l'astragale.

Ce fait laisse entendre que seul le premier temps de l'intervention peut être réglé d'avance et que seul, il sera toujours exécuté de la même façon. Ce principe ne doit pourtant pas être pris trop au pied de la lettre. Il est certain, par exemple, que dans le cas où un abcès viendrait à pointer en dedans, au voisinage de la malléole interne, ce

serait une faute de pratiquer d'emblée l'incision externe avant celle du point fluctuant.

Le bon sens indique de donner issue au pus et de mettre à profit les précieux renseignements que le stylet introduit par cette nouvelle voie pourra donner sur l'état des os, sans compter que cette incision facilitera le nettoyage des foyers et servira généralement au drainage.

Voici donc l'astragale extirpé. C'est seulement alors que le chirurgien, voyant étalées sous ses yeux les lésions qu'il ne pouvait que soupçonner et que souvent même il ne prévoyait guère, aura à compléter son intervention d'une manière différente pour chaque cas.

Par la brèche qu'il a pratiquée, son champ opératoire est déjà bien étendu : il pourra aisément détruire les fongosités des séreuses, abraser la partie supérieure du calcaneum, évider les malléoles et la surface tibiale, attaquer même la face postérieure du scaphoïde et l'angle interne du cuboïde.

Il pourra étendre encore son action en soumettant le procédé aux modifications ingénieuses auxquelles il se prête.

Si, par exemple, il constate, après inspection, que l'extrémité inférieure des os de la jambe est atteinte par la maladie et que la résection tibio-tarsienne complète s'impose, il pourra la pratiquer par sa première incision qui lui permet, grâce à l'absence de l'astragale, d'atteindre les malléoles. Si cette manœuvre lui paraissait trop laborieuse, l'opérateur pourrait sans inconvénient prolonger en arrière son incision et sectionner le tendon d'Achille de façon à dénuder les os et à les scier commodément à la hauteur convenable, quitte à suturer le tendon en terminant.

Mais l'expérience prouve que cette modification doit bien rarement être exécutée, l'incision primitive suffisant dans la règle.

Supposons maintenant que le calcaneum se trouve malade au point de devoir être enlevé en entier. Pour y parvenir on n'aura qu'à abaisser, à partir de l'extrémité postérieure de l'incision exploratrice, une nouvelle incision verticale de 2,5 à 3 centimètres, longeant le bord externe du tendon d'Achille et se terminant sur la tubérosité externe du calcaneum. Avec la rugine on détache soigneusement le périoste de la face externe de cet os et de sa face postérieure en continuité avec le tendon d'Achille; l'aide renversant alors fortement le pied en dedans, on attaque le périoste sur le bord supérieur de la face interne, on le détache de cette face, ainsi que de la partie non dépouillée de la face postérieure; il devient facile, en faisant écarter les parties molles, d'achever la dénudation de la face inférieure et ainsi le calcaneum se trouve extrait sans sa coque ostéogénique, selon les principes établis par Ollier.

Ce procédé, assez aisé sur le cadavre, l'est bien plus encore sur le vivant; car alors, le périoste gonflé et épaissi du calcaneum malade se détache avec la plus grande facilité et la plus grande régularité.

Si, dans une autre direction, l'opérateur constate la nécessité de faire disparaître le scaphoïde, il pourra le faire sans modifier l'incision primitive (obs. n° 2) et si le cuboïde, lui aussi, est atteint, il coudera l'incision et la prolongera transversalement vers le bord externe du pied et énucléera rapidement cet os, toujours sans aucun sacrifice d'organe important.

Nous voyons donc que, avec des adjonctions insignifiantes à la première incision, le tarse postérieur tout entier peut être passé en revue et, s'il le faut, extirpé au grand complet.

Mais l'auteur du procédé est allé plus loin encore dans

ses prévisions. Il a tenu compte des cas où l'on se trouve en face d'une diffusion telle de la maladie qu'il faut renoncer à l'idée d'une résection. Il est aisé alors de passer à l'amputation tibio-tarsienne en se taillant un large lambeau interne et plantaire, ou, si le calcaneum est sain dans sa moitié inférieure (l'extirpation de l'astragale permet justement de le constater), de pratiquer l'excellente amputation de Lefort.

Mais nous n'avons pas lieu d'insister sur ces amputations, puisque, dans nos cas, aussi bien que dans ceux que nous avons trouvés relatés, la nécessité ne s'en est pas fait sentir.

Dans un cas tout récent pourtant, M. Reverdin ayant constaté, après l'extirpation de l'astragale au point de vue explorateur, la nécessité d'amputer, a profité de son incision pour pratiquer l'amputation de Pasquier-Lefort. Aujourd'hui le moignon qui en est résulté se présente dans les meilleures conditions.

Qu'il suffise de savoir que la première opération ne rend pas les dites amputations impraticables.

Le tableau suivant, concernant nos observations, prouve la variété des interventions que le chirurgien peut être appelé à pratiquer.

L'extirpation de l'astragale a été suivie de :

Excision de la synoviale périastragaliennne.	1 cas (obs. 10).
Râclage ou évidement des malléoles ou de la surface tibiale.....	2 cas (obs. 7, 17).
Râclage, évidement ou excision partielle du calcaneum et des malléoles.....	6 cas (obs. 1, 5, 6, 9, 11, 12).
Extirpation totale du calcaneum.....	3 cas (obs. 3, 13, 15).
Extirpation du scaphoïde, du cuboïde et d'une partie du calcaneum.....	1 cas (obs. 2).

Extirpation du calcaneum, du cuboïde et du scaphoïde.....	1 cas (obs. 4).
Extirpation du cuboïde, du scaphoïde, des cunéiformes, de la tête des 1, 4 et 5 ^{me} métatarsiens	1 cas (obs. 8).
Extirpation des cunéiformes, du scaphoïde, des malléoles, d'une partie du calcaneum.	1 cas (obs. 14).
Extirpation du cuboïde et du calcaneum..	1 cas (obs. 16).

Du traitement post-opératoire.

Beaucoup de chirurgiens ont été découragés par la lenteur avec laquelle se fait généralement la réparation dans les résections tibio-tarsiennes. En effet, c'est toujours plusieurs mois, parfois plus d'une année après l'intervention primitive que cesse l'action du chirurgien sur son patient. Il peut assister à une persistance opiniâtre de fistules, à une élimination lente de petits séquestres qui demandent fréquemment des opérations secondaires, rarement importantes, bénignes le plus souvent. Il aura à surveiller pas à pas la cicatrisation, prêt à détruire par le feu, la curette ou les ciseaux tout tissu nouveau à caractère fongueux. C'est pourquoi il est contre-indiqué de suturer la plaie sur toute son étendue. La pratique de notre maître consiste à n'en réunir que les extrémités et à tamponner la cavité de gaze iodoformée. Si ce mode de pansement modère la marche du processus de réparation, il a le double avantage de permettre « de visu » une surveillance attentive sur le bourgeonnement de la plaie et d'agir localement par l'iodoforme dont quelques-uns veulent faire un médicament spécifique de la tuberculose.

C'est donc dans cette période de cicatrisation et seulement alors que la curette et le fer rouge deviennent les armes principales du chirurgien et qu'ils joueront un rôle important dans la destruction des petits foyers de récurrence et des tissus suspects.

Il est facile de comprendre, et Kœnig l'a fait clairement

ressortir dans le passage que nous citons plus haut, que, après la résection, la région opératoire est considérablement simplifiée, qu'il n'existe plus d'anfractuosités inabordables et que la curette, qui eût été insuffisante au début, devient alors le plus précieux auxiliaire du chirurgien.

En proposant une résection du tarse à son malade, l'homme de l'art aura donc de bonnes raisons pour formuler certaines réserves sur la durée du traitement ; mais il en aura de plus puissantes encore pour laisser espérer, tôt ou tard, un résultat final excellent, car à défaut même d'expérience personnelle, il pourra se faire fort des statistiques publiées jusqu'ici et qui vont en s'améliorant de jour en jour.

Pour nous, il nous semble que la crainte des opérations secondaires et la durée du traitement ont été un peu exagérées. Notre maître a été, en tous cas, heureux dans sa pratique, puisque, sur dix-sept cas, il n'en a vu que deux où des interventions secondaires, intéressant le squelette, ont été nécessaires (obs. 1 et 14), et quatre où l'on s'est borné à râcler une fistule ou à inciser un abcès (obs. 3, 6, 8 et 12). En outre, dans un cas spécial, une opération modelante a été pratiquée pour corriger la position vicieuse du pied et obtenir l'ankylose osseuse (obs. 5).

La durée du traitement a été au minimum de deux mois, d'ordinaire de trois à cinq mois, exceptionnellement de neuf ou dix mois. Dans un cas, il s'est prolongé sans succès pendant dix-huit mois (obs. 14) et dans un dernier (obs. 4) il persiste encore une petite fistule, mais il faut savoir que ce patient se soustrait au traitement.

A côté de la surveillance attentive des plaies pendant la cicatrisation et de la lutte énergique contre la repullulation, le chirurgien aura à prévoir plusieurs dangers qui pour-

raient, en cas de négligence, compromettre le résultat fonctionnel : nous voulons parler des diverses déviations et de l'ankylose tibio-tarsienne. Si l'on abandonnait le pied à lui-même après la résection, on verrait presque fatalement se produire de l'équinisme et du varus. Or il suffit, pour les combattre, d'une attelle plâtrée dorsale, à condition que celle-ci soit moulée très-exactement sur le pansement alors que le malade, encore endormi, peut être placé dans la position désirable : le pied à angle droit sur la jambe et son bord externe bien relevé, au-delà même de la normale. Cette attelle s'étendra du genou à l'extrémité des orteils et sera réappliquée dès qu'elle ne plaquera pas parfaitement sur le membre. Si du reste l'attelle simple paraissait insuffisante, se déplaçait facilement (ce qui peut s'observer chez les agités, les enfants), il serait prudent de faire un moule complet du membre, que l'on diviserait une fois durci, dans le sens de la longueur, de manière à en faire un appareil bivalve amovible.

On possède, dans cette simple pratique, un moyen presque infaillible de lutter contre les dites déviations.

Il faut noter pourtant qu'il est parfois bien difficile d'empêcher un certain degré de varus de se produire. On a accusé la section des péroniers, leur non-suture ou le manque de réunion après leur suture. Or on voit des cas où le varus ne se produit pas, bien que les tendons n'aient pas été suturés, ou même qu'ils aient été réséqués sur une certaine étendue (obs. 3). D'autre part on a vu le varus exister, alors que par les mouvements actifs ou par l'excitation électrique on avait la preuve que les péroniers avaient retrouvé leur puissance.

Il faut donc chercher ailleurs la cause de cette déviation et on la trouve en jetant un regard sur un squelette

articulé. On voit alors que l'astragale siège sur le côté interne du pied : qu'on enlève cet os et l'on s'apercevra que les nouvelles surfaces demandent pour se rapprocher le renversement du pied en dedans. C'est même cette raison qui avait fait proposer autrefois l'ablation de l'astragale comme traitement du pied valgus.

De ce fait découle l'immense importance de maintenir énergiquement le pied dans une bonne position pendant tout le temps que mettra la cavité opératoire à se combler par des tissus de nouvelle formation, soit osseux, soit conjonctifs.

Le talus est rare ; il est peu signalé ; nous ne l'avons jamais remarqué. La flexion des orteils sera évitée si l'appareil plâtré est prolongé suffisamment pour leur servir de soutien. Si cette déformation est constituée, le massage et l'électrisation des muscles extenseurs pourront y remédier.

De ces quatre déviations, la tendance au varus est de beaucoup la plus fréquemment observée. Or elle est presque toujours trop peu accentuée pour nuire à la sustentation et à la marche.

L'équinisme est facilement vaincu soit par un redressement brusque sous le chloroforme, soit par une gymnastique progressive exercée avec des bandes élastiques par l'opéré lui-même.

Quant à l'ankylose, elle ne pourra se produire si l'on a soin de faire exécuter des mouvements passifs et actifs à la nouvelle jointure. D'où l'indication de renouveler fréquemment le pansement, ce que la surveillance des plaies nécessitait déjà à elle seule. Le pied, raide d'abord, tend à s'assouplir de plus en plus au niveau de l'articulation tibio-calcaneenne à mesure qu'il fonctionne ; aussi ne doit-on pas trop se hâter : la solidité et la bonne direction sont des conditions

plus importantes que la mobilité et l'on ne permettra au malade de s'appuyer que lorsque le pied aura acquis une résistance suffisante. Il marchera d'abord avec des béquilles, le pied étant maintenu dans un appareil; puis il portera des chaussures à tuteurs remontant jusqu'à la jarretière et articulées au cou-de-pied.

Si la production osseuse est insuffisante pour rétablir une mortaise tibio-péronière solide, non-seulement l'ankylose ne sera pas combattue, mais elle sera recherchée, ainsi que notre obs. 5 en offre un exemple.

Autres procédés de résection tibio-tarsienne.

Il ne peut être parlé de résection du tarse sans dire quelques mots d'une opération de cette catégorie imaginée il y a vingt ans par Wladimiroff, reprise et vulgarisée, dix ans plus tard, par Mikulicz et qui est connue aujourd'hui sous le nom d'opération de Wladimiroff-Mikulicz.

Son but est l'extirpation des os postérieurs du tarse suivie de l'adaptation et de la soudure de ce qui reste du pied aux os de la jambe, dans le même axe; manière ingénieuse de compenser le raccourcissement du membre. Les orteils, en extension forcée, reposent seuls à terre et le membre, de plantigrade, devient digitigrade.

Il faut reconnaître que cette opération (dont le manuel opératoire se trouve décrit partout) est des plus séduisantes, et l'on comprend qu'elle ait joui d'une vogue considérable et porté un sérieux ombrage à la résection classique. On l'a beaucoup pratiquée; de là à en abuser il n'y a qu'un pas, et ce pas a été franchi. Aujourd'hui, sans être vouée à un abandon complet elle est devenue une opération d'exception.

En plus que la résection ordinaire elle sacrifie les parties molles du talon; c'est donc lorsque celles-ci seront détruites (traumatisme) ou hors d'usage (ulcérations syphilitiques et tuberculeuses) qu'elle devient opération de choix. En dehors de ces cas rares, il est certain que la résection tibio-tarsienne est préférable à l'opération de Wladimiroff-Mikulicz parce que :

- 1° Elle ne sacrifie pas de tissus sains ;
- 2° Elle conserve au pied sa position et sa forme générale normales ;
- 3° Elle fournit un résultat fonctionnel meilleur ;
- 4° Elle donne moins d'accidents et d'échecs opératoires, tout en étant aussi radicale ;
- 5° Le raccourcissement qu'elle amène dans le membre est peu accentué, souvent inappréciable, toujours remédiable (Kummer, *Revue de chirurgie*, janvier-mars 1851).

Nous avons signalé, au début de ce travail, le grand nombre de procédés imaginés pour la résection tibio-tarsienne. De ceux-ci ne subsisteront que ceux qui permettront, avec un minimum de délabrement, une exploration complète de la région et l'ablation aisée des parties malades.

Les incisions jambières (Moreau, Chassaignac, Velpeau, Ollier, Langenbeck, etc.) qui ménagent si bien les organes importants, sont insuffisantes à elles seules lorsque le tarse est malade.

Parmi les incisions tarsiennes on a renoncé à certaines d'entre elles à cause des délabrements qu'elles nécessitent ou à cause de la situation malencontreuse des cicatrices ; telles sont les incisions talonnières (Textor), les incisions à lambeau antérieur (Sédillot, Hueter, Hancock) ; les incisions en étrier avec section temporaire du calcaneum (Hahn et Busch) ; les incisions postérieures horizontales, sectionnant le tendon d'Achille au-dessus du calcaneum (Liebbrecht).

A l'heure actuelle, ce sont les incisions externes qui jouissent de la plus grande faveur, parce qu'elles répondent le mieux aux desiderata que nous venons de formuler (Paul Vogt, Rupprecht, Ried, Reverdin et Kocher).

Ces derniers procédés offrent quelques différences utiles à noter. Celui de Vogt, qui est parfait en ce qu'il ménage tous les tendons, est d'une exécution difficile et présente le désavantage d'exiger l'extirpation totale de l'astragale pour permettre le renversement du pied en dedans. Or, par le procédé Reverdin, ce mouvement est possible alors que l'on ne ferait tomber que la poulie de l'astragale, laissant le reste de l'os en place.

Les procédés de Rupprecht et Ried, inventés uniquement pour l'extirpation de l'astragale après ablation de la malléole externe, ménagent aussi les tendons, mais ne donnent pas assez de jour pour explorer la région.

Quant au procédé de Kocher, c'est celui de Reverdin, dont il ne diffère qu'en ce qu'il commence par luxer simplement le pied et par examiner l'état des parties, sans extirper de parti pris l'astragale. Il se peut que dans certains cas, certainement très rares, ce procédé soit avantageux en évitant un sacrifice inutile.

Ollier estime qu'il est dangereux, après la luxation de la poulie astragalienne, de réintégrer cet os, fût-il sain d'apparence, au milieu des tissus antérieurement malades que la curette n'aura peut-être pas suffisamment détergés.

A plus forte raison doit-on déconseiller l'extirpation temporaire de l'astragale telle que l'a pratiquée une fois Poulsen. Réintégrer un os pris au milieu d'un foyer tuberculeux est une tentative irrationnelle et une application malheureuse de la greffe animale.

De ce que chaque procédé a ses avantages et de la variété dans la distribution des lésions, découle la nécessité de faire un choix. Il est certain, par exemple, que si une malléole seule paraît atteinte, il faudra pratiquer l'incision jambière d'Ollier ; si la maladie semble se limiter à la rangée anté-

rière du tarse, des incisions parallèles à la face dorsale du pied trouveront leur application logique, etc. Mais l'extirpation de l'astragale étant jugée nécessaire par le chirurgien, nous choisirons, comme la meilleure, la méthode du prof. Reverdin, parce que :

- 1° Faite dans un but d'exploration, elle est conçue de façon à ne pas arrêter le chirurgien s'il croit devoir opérer plus radicalement ;
 - 2° Elle est d'une exécution facile, rapide, cause un minimum de dégâts et donne, en même temps, tout le jour désirable ;
 - 3° Elle permet un bon drainage et une surveillance directe de la cavité opératoire ;
 - 4° Elle donne, dans la suite, une cicatrice qui, protégée par la malléole externe, et loin des points d'appui, ne peut causer aucune gêne ou douleur au malade.
-

RÉSULTATS

L'étude des résultats dans les résections tibio-tarsiennes est fort compliquée. Les statistiques établies par les auteurs ne peuvent être rassemblées ni comparées, car les unes précèdent la période antiseptique, les autres la suivent, les unes sont édifiées au point de vue de la survie opératoire, les autres au point de vue de la survie à longue échéance ou encore du fonctionnement du membre. Les cas sont aussi trop disparates : on ne peut mettre en parallèle, par exemple, une résection faite pour une tumeur blanche, avec une résection orthopédique ou traumatique. Toutes les considérations de ce genre empêchent un groupement dont les conclusions seraient plus ou moins faussées, et l'on se voit obligé de considérer et de commenter presque chaque cas à part.

En outre, la difficulté qu'ont les chirurgiens à suivre et à retrouver, après des années, leurs opérés, enlève à leurs statistiques une grande partie de leur intérêt et de leur valeur scientifiques. Comment juger en effet une opération dont les résultats éloignés sont inconnus ? Or c'est le point faible de nombre de communications concernant la résection tibio-tarsienne.

Nous avons fait tous nos efforts pour éviter cet écueil, et, dans le but de donner à la question des résultats lointains tout l'intérêt qu'elle peut avoir, nous avons tenu à revoir personnellement le plus grand nombre possible de nos opérés.

Sur quinze cas, nous avons pu récemment interroger et examiner nous-mêmes en détail onze d'entre eux. Pour deux autres, des confrères nous ont obligeamment suppléé et pour les deux derniers nous sommes arrivé à notre but, en leur faisant remplir un questionnaire détaillé.

Nous sommes donc en mesure de traiter d'une manière approfondie ce chapitre capital, pour lequel les documents précis sont indispensables, et nous pouvons dire que notre statistique offre de sérieuses garanties par le fait que :

- 1° Elle est basée sur dix-sept observations complètes ;
- 2° Toutes les opérations datent de plus de deux ans (de 2 à 8 ans) ;
- 3° Le sort actuel de tous les opérés nous est connu.

Nous n'insisterons pas sur la question de la gravité de l'opération. On sait que, depuis la pratique de l'aseptie chirurgicale, les résections en général ne peuvent plus être considérées comme des interventions particulièrement dangereuses. Sur quarante-un cas, Ollier n'a pas eu de mort attribuable à l'opération. Il en est de même pour notre série. (L'homme faisant le sujet de l'obs. 16, qui mourut de bronchopneumonie grippale vingt-sept jours après la résection, ne peut certes pas être classé dans la catégorie des morts opératoires, surtout que l'état local du pied était excellent.)

Quant à la mort rapide par généralisation de la tuberculose, nous n'en avons pas eu à en enregistrer d'exemple. On en cite pourtant. Ollier en compte six ; il est vrai qu'ils viennent presque tous de malades qui avaient refusé catégoriquement l'amputation qui leur était proposée en raison de la diffusion des lésions et de leur mauvais état général.

Ce fait prouve qu'il est des formes graves où tenter la résection est non-seulement inutile, mais bien dangereux, car on peut ainsi activer la généralisation de la tuberculose,

péril que l'amputation ne crée pas, quand on la pratique à distance des foyers, en plein tissus sains. L'amputation a de plus, dans ces circonstances, l'avantage d'amener une guérison rapide, d'être moins dangereuse que la résection et d'améliorer plus vite l'état général.

Le choix de l'intervention n'est donc pas indifférent.

Moins rares sont les cas où l'on voit apparaître tardivement d'autres manifestations tuberculeuses échappant plus ou moins à l'action du chirurgien. C'est ainsi que nous enregistrons une mort par tuberculose pulmonaire, trois ans après l'opération chez un jeune homme dont tous les os du tarse avaient été successivement enlevés avec un bon résultat fonctionnel (obs. 1). Trois autres opérés, dont l'état du pied est parfait, sont atteints actuellement, l'un de tumeur blanche du genou à l'autre jambe (obs. 3), le second de tuberculose uro-génitale (obs. 6) et le troisième de phthisie au premier degré, ayant débuté à la suite d'une grossesse (obs. 10).

Un fait est incontestable, c'est que le pronostic de toute tuberculose est sombre, mais il ne faut pas voir dans notre énumération un argument en défaveur de la résection. Ces diverses manifestations ne sont pas le résultat de l'intervention, mais au contraire ont évolué malgré la résection que l'on voit, dans la plupart des cas, améliorer l'état général et rendre le terrain moins apte à l'envahissement bacillaire.

Ollier a même vu des tuberculoses pulmonaires au début guérir à la suite de l'opération. Notre observation n° 11 en est peut-être un exemple.

Nous avons dit, à l'occasion du traitement post-opératoire, qu'en renonçant de parti-pris à une guérison par première intention, en laissant largement ouverte la cavité résultant du désossement, le chirurgien était plus à même de découvrir

les foyers de repullulation et d'intervenir sans retard. De pareils accidents s'observent assez volontiers dans les cas où un os du tarse, offrant une lésion très-localisée, n'a été extirpé qu'en partie. La portion épargnée devient parfois la source d'abcès secondaires, de nouveaux noyaux de carie, de fistules qui finissent par exiger son ablation. D'où l'indication de ne réaliser de semblables économies qu'avec circonspection.

Dans deux de nos cas, des extirpations osseuses secondaires ont été pratiquées; quatre fois il a suffi, dans le cours de la période de cicatrisation, d'inciser des abcès froids ou de râcler des trajets fistuleux.

Jamais l'amputation secondaire n'a été nécessaire. Nous devons cependant formuler une réserve pour la jeune fille qui fait le sujet de l'observation 14. Il s'agit d'un cas singulier de tuberculose grave et diffuse des deux pieds, combattue en vain par des opérations successives durant dix-huit mois de séjour à l'hôpital. Depuis plus d'une année que la malade est laissée presque sans traitement, son état est stationnaire : les deux pieds, œdématisés, criblés de fistules, sont inutilisables pour la marche. Il se peut qu'on en vienne à lui proposer, un jour, une double amputation; mais en face de sa jeunesse, de son excellent état général, du manque d'autres lésions tuberculeuses, rien ne presse, et il est indiqué de remettre à plus tard toute décision, en comptant sur les efforts de la nature secondés par un régime fortifiant.

A côté de ce cas malheureux, nous avons celui d'un jeune homme (obs. 4), dont le pied réséqué depuis sept ans, offre encore une fistulette. Mais celle-ci gêne si peu la marche, sécrète si faiblement que son porteur estime inutile de se soumettre à un nouveau traitement, qui pourtant achèverait sans peine la guérison.

Tels sont les deux seuls exemples, l'un grave, l'autre bénin, où nous ayons une persistance de fistules.

De toute la série, dix sur seize ont guéri sans incident, sans la moindre intervention secondaire nécessitée par la continuation du processus tuberculeux.

Quant à des récidives locales survenant après un certain temps, dans un pied considéré comme guéri et déjà utilisé pour la marche, nous n'en connaissons pas. Sur ce point les diverses statistiques sont unanimes. C'est donc à raison que le chirurgien pourra affirmer la guérison locale et rassurer le patient sur les récidives tardives, du moment que le pied sera désenflé, complètement cicatrisé, indolore et utilisé pour la marche. Il paraît donc bien y avoir guérison locale définitive. En tous cas, nous pouvons affirmer que, chez nos malades, celle-ci persiste depuis plusieurs années.

La question de l'âge favorable aux résections a beaucoup préoccupé les chirurgiens, surtout autrefois. On a cherché à établir des limites fixes devant lesquelles l'opérateur n'aurait qu'à s'incliner. C'est là un travail inutile pour le moins ; le tact chirurgical seul désignera les sujets propres à bénéficier d'une opération conservatrice. Les actes de naissance n'empêchent pas qu'il y ait de jeunes vieillards et des vieillards jeunes, sans compter que l'indication d'opérer dépend beaucoup plus de l'état général du malade, de la nature et de l'étendue de ses lésions que de son âge.

L'expérimentation prouve que c'est entre 15 et 30 ans que la résection paraît bien être l'opération de choix ; mais les exceptions abondent ; ainsi nous avons enregistré, au-delà de cet âge, de jolis succès (obs. 2 et 17) ; Ollier a réussi chez un patient de 46 ans, Lauenstein chez une femme de 55 ans. Notons en outre que chez les malades d'un certain

âge la repullulation paraît moins fréquente que chez les jeunes gens.

Pour d'autres raisons on a déconseillé les résections chez les enfants. On a fait ressortir, à juste titre, que ceux-ci combattent énergiquement leurs tuberculoses locales, qu'ils peuvent guérir soit par le traitement général, soit par des arthrotomies ignées. Mais où l'on tombe dans l'erreur, c'est lorsqu'on met en avant l'arrêt de développement qui frappera fatalement le membre opéré et le transformera en un appendice inutile. Cela pouvait être vrai lorsque la résection typique était seule pratiquée ; mais il n'en est plus de même aujourd'hui où l'on arrive presque toujours à conserver le cartilage d'accroissement, par l'évidement des malléoles et de la surface tibiale. On voit alors les enfants se développer normalement et ne pas avoir, en définitive, plus de raccourcissement que les adultes soumis à la même intervention.

A ce point de vue notre statistique est éloquentes car elle compte six opérés de moins de 15 ans (en particulier un enfant de 30 mois), qui tous aujourd'hui se servent d'un membre à peine raccourci et n'amenant, chez certains d'entre eux, qu'une claudication imperceptible. Mais par contre, l'enfant de l'obs. 5, chez lequel il a fallu scier le péroné et le tibia sur une hauteur de deux centimètres, a aujourd'hui un fort raccourcissement qui nécessite l'usage d'une chaussure très-surélevée.

Somme toute, la tendance actuelle est d'éloigner toujours plus les limites d'âge, et les efforts tentés dans cette direction sont encourageants.

La forme du pied à la suite de résections, même étendues, est remarquablement conservée, ainsi que l'on peut

s'en convaincre d'après les quelques photographies que nous en donnons. Les masses osseuses et particulièrement la saillie calcanéenne se reproduisent d'une manière étonnante. Le raccourcissement du pied varie avec la quantité de squelette extirpé; il ne nuit pas à la marche et est dissimulé par la chaussure. Il varie de 1 à 4 centimètres et coïncide en général avec un peu d'élargissement. Dans la plupart des cas les opérés usent de souliers ordinaires; quelques-uns seulement en font surélever la semelle et le talon.

La voûte plantaire qui est conservée ou même accentuée lorsque l'astragale seul a été extirpé, s'affaisse quand le calcaneum disparaît aussi. La plante du pied appuie très-convenablement sur le sol, malgré une tendance assez commune, mais peu marquée au varus, telle qu'elle s'est présentée dans quatre de nos cas (obs. 6, 7, 9 et 17).

Dans un seul cas (obs. 15), nous avons vu l'équinisme survenir peu à peu au point de nuire à la marche et à l'équilibre. Cette enfant, qui a été abandonnée à elle-même, sans surveillance, serait justifiable d'un redressement brusque ou graduel, puisque son pied n'est pas complètement ankylosé dans la mauvaise position. On corrigerait certainement ainsi cette déviation regrettable.

Une marche facile, non disgracieuse, n'exige pas le rétablissement de la totalité des mouvements dans le cou-de-pied; il suffit que ceux-ci existent à un faible degré et permettent l'extension et la flexion nécessaires pour rendre l'allure souple et libre. C'est ce qu'on obtient sans peine en mobilisant le pied durant la convalescence.

Il n'y a qu'un cas où l'on doit rechercher l'ankylose osseuse, c'est lorsque, à la suite de la suppression de la mortaise tibio-péronière, la mobilité existe au dépens de la solidité et permet des déplacements latéraux du pied sur la

jambe. Chez l'enfant faisant le sujet de l'obs. 5, M. Aug. Reverdin a dû, par une opération consécutive, se résoudre à clouer le calcaneum sur le tibia, après avivement des surfaces osseuses, pour remédier à cette mobilité exagérée qui nuisait énormément au fonctionnement du membre.

Nous voyons qu'une forte proportion de nos quinze opérés possède les conditions essentielles à un bon fonctionnement : solidité, conservation de la forme et des mouvements. Si nous y ajoutons le fait que le raccourcissement du membre dépasse rarement deux centimètres, nous pourrions conclure que la plupart de ces malades ont une jambe utile, en tous points préférable au meilleur des pilons.

Nous n'avons qu'un cas réellement mauvais et qui pourra aboutir à une amputation double ; là les fonctions du pied sont supprimées (obs. 14).

Deux autres se servent de béquilles ou d'une canne. Le premier (obs. 11), que la crainte surtout empêche d'utiliser son membre et qui probablement s'améliorera avec le temps, puisque l'état local et général est bon ; le second (obs. 15), dont l'équinisme nuit à la station et qui pourrait être modifié en bien, comme nous l'avons vu. Dans ces trois cas, il faut convenir que l'amputation aurait eu un résultat meilleur ou tout au moins plus rapide. Or, chose singulière, ils concernent trois individus trop jeunes et trop peu malades pour qu'un chirurgien quelconque, partisan ou non des résections, eût songé à proposer d'emblée l'amputation. Enfin les deux garçons des obs. 4 et 5 se servent d'une canne, par intermittence, généralement lorsqu'ils ont une marche prolongée à faire.

Restent onze opérés, marchant, courant, vaquant à leurs travaux souvent fort rudes, gagnant leur vie. Huit d'entre eux offrent un exemple de résultat parfait, c'est-à-dire qu'ils

utilisent à leur guise leur pied qui leur permet de courir, de monter et descendre les escaliers, de faire de longues marches, même des courses de montagne, le tout sans fatigue, ni douleur, et sans l'emploi d'aucune chaussure spéciale.

Les trois autres sont qualifiés de « résultats bons », soit qu'un peu de douleur ou de faiblesse limite l'usage du pied et amène plus vite la fatigue, soit que la claudication soit plus apparente et nécessite une chaussure un peu surélevée.



CONCLUSIONS

1. Dans les osteo-arthrites tuberculeuses du cou-de-pied, l'extirpation de l'astragale, comme premier temps de toute intervention, est l'opération de choix.
 2. Pratiquée dans un but d'exploration, elle supprime un os qui, d'une part, n'est pas absolument indispensable au fonctionnement de l'articulation tibio-tarsienne, et, d'autre part, est presque toujours malade lui-même.
 3. La méthode du professeur J.-L. Reverdin, simple d'exécution, se prêtant à de nombreuses modifications, permet une investigation complète de la région, à peu de frais, et place le chirurgien dans les meilleures conditions pour extirper la totalité des parties malades.
 4. Elle a donné des résultats cliniques excellents, tant au point de vue de la rapidité et de la durée de la guérison locale, qu'à celui de la forme définitive du pied opéré et de ses fonctions.
-

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1.

Carie du tarse.

(Due au professeur J.-L. Reverdin).

Jean V., 16 ans. Entré à la clinique privée du prof. Reverdin, le 12 juillet 1884.

Ce jeune garçon, dont les ascendants sont indemnes de tuberculose, s'est fait depuis deux ans, deux entorses successives du pied droit. Il s'est bien guéri de la première, mais a conservé de la seconde (avril 1884) une boiterie. Depuis quelque temps la marche est devenue impossible et il s'est formé tout récemment, sur le bord interne du pied, un abcès qui s'est ouvert spontanément.

Status. Enfant maigre, mais non cachectique ; état général bon ; pas de toux. Il existe au genou gauche et à la cuisse droite quatre abcès froids, dont deux sont guéris et deux suppurent encore. Ces manifestations ont précédé le mal de pied.

Ganglions inguinaux, douloureux à droite.

Une fistule débouche au niveau du premier cunéiforme du pied droit. On l'incise, la curette, la draine et l'on peut constater qu'il existe une sorte de fusée de fongosités longeant le bord interne du pied, entre l'aponévrose et la peau. Elle aboutit à un os dénudé qui correspond à la tête de l'astragale et la petite apophyse du calcaneum. Les mouvements dans l'articulation tibio-tarsienne sont limités mais indolores.

L'astragale et le scaphoïde sont très-sensibles à la pression.

14 juillet 1884. — Opération. Incision du prof. Reverdin pour l'extirpation de l'astragale. Cet os enlevé facilement et en entier est atteint d'ostéite diffuse avec amincissement du cartilage. Résection de la petite apophyse du calcaneum, dénudée.

Drainage, pansement au thymol. Attelle dorsale plâtrée.

Curettage et pansement à l'iodoforme des abcès des deux cuisses.

Août-octobre. — Rapide cicatrisation.

Décembre. — L'enfant qui avait repris de l'embonpoint a de nouveau maigri et rentre à la clinique. Trois ou quatre fistules se sont formées sur le bord externe du pied, conduisant sur le cuboïde et le calcaneum.

24 janvier 1885. — Deuxième opération. Une grande incision pratiquée sur le bord du pied permet de constater que le cuboïde, le calcaneum et l'articulation que forment ces deux os sont malades. On enlève à la gouge les portions lésées; drainage; pansement iodoformé.

Une amélioration rapide succède à cette intervention.

Février. — Abscès froid d'un ganglion sous-maxillaire.

Mars. — Une nouvelle fistule s'est formée; elle conduit sur la partie supérieure du calcaneum, dénudée et ramollie.

20 mars. — Troisième opération. Par une large incision on extirpe successivement le cuboïde, la partie supérieure et antérieure du calcaneum, le scaphoïde et les trois cunéiformes qui sont également atteints; en sorte qu'il ne reste des sept os du tarse que la partie postérieure du calcaneum qui est saine.

L'avant-pied, qui se rapproche facilement du calcaneum, est fixé à angle droit sur la jambe au moyen d'une attelle dorsale plâtrée.

31 mars. — Le malade rentre chez lui; la cavité opératoire se rétrécit rapidement.

Dès lors le malade vient se montrer de loin en loin.

Juillet 1885. — Les plaies sont remplacées par des cicatrices; l'opéré marche avec des béquilles; il appuie fort bien le pied à terre; il peut même produire quelques mouvements de l'avant-pied sur le calcaneum. Il a engraisé, quoique son abcès sous-maxillaire soit toujours fistuleux et qu'il s'en soit formé un autre à la joue.

Novembre 1885. — Le pied, à part qu'il est plus court que l'autre, a une forme presque normale; il jouit de mouvements de flexion et extension.

Le jeune opéré marche facilement et boite fort peu; il se sert d'une canne; il suit un traitement à l'huile de foie de morue, car il persiste une fistule sous-maxillaire et une au niveau de l'arcade zygomatique.

On apprend en 1889 que le jeune V. est mort poitrinaire, il y a deux ans.

OBSERVATION N° 2.

Carie étendue du tarse.

(Due au professeur J.-L. Reverdin).

M^{lle} Monique G., 44 ans, commerçante, ressentait depuis

quatre ou cinq ans une fatigue persistante dans la jambe droite, lorsque, en mai 1884, cet état se compliqua de douleur et de gonflement dans le pied droit. Elle se mit à boiter, dut se servir d'une canne, renoncer aux bottines et finit par s'aliter complètement en janvier 1885.

C'est à ce moment que M. Reverdin fut appelé à la voir.

21 mars. — Le pied droit est dans une attitude normale ; il présente une saillie molle, fluctuante, au-devant de la malléole interne et au-dessus de la ligne astragalo-scaphoïdienne. La pression provoque une vive douleur au niveau de l'astragale, du scaphoïde et du sinus du tarse. Le pied ne peut être appuyé sans exposer la malade à une chute. Atrophie prononcée des masses musculaires. Poumons sains.

23 mars. — Opération. 1^o Incision longitudinale sur la saillie fluctuante, donnant issue à du pus d'abcès froid et conduisant le stylet sur le col de l'astragale dénudé. — 2^o Incision externe et extirpation de l'astragale à l'aide du davier Reverdin. On constate alors que le scaphoïde est malade ; on l'énuclée après avoir prolongé en avant la première incision ; on abrase en outre le cartilage du calcaneum dont les bords sont inégaux. L'articulation calcaneo-cuboïdienne baille, et, pour permettre le rapprochement des os, on enlève la partie antérieure du calcaneum et la totalité du cuboïde. Il suffit pour pratiquer ce temps de l'opération de prolonger en avant et en bas l'incision externe.

Les malléoles sont intactes.

Excision des fongosités. Cautérisation au Paquelin ; suture des péroniers, tamponnement à la gaze iodoformée. Attelle dorsale plâtrée.

Mai. — L'opérée commence à marcher avec une canne. Il persiste une fistulette que l'on cautérise de temps en temps.

Décembre. — La malade se sent solide sur ses jambes.

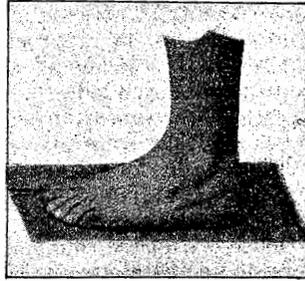
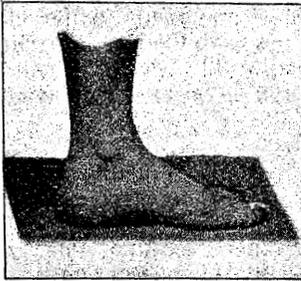
Mars 1886. — Séjour de campagne suivi de la cicatrisation de la fistule. La voûte plantaire est bien conservée, les péroniers agissent parfaitement et relèvent avec force le bord externe du pied lorsqu'on l'abaisse. Etat général excellent.

16 avril 1891. — L'opérée a pris de l'embonpoint ; elle marche sans canne, vaque quotidiennement à son commerce, monte et descend les escaliers sans peine. Elle peut se tenir sur le pied droit pendant quelques instants en s'appuyant d'un doigt sur un meuble pour assurer son équilibre. La course n'est pas possible. Une marche prolongée amène une douleur vague dans le cou-de-pied, douleur qui s'accroît par les temps froids et humides. La boiterie est apparente, mais tient davantage à la raideur du pied qu'au raccourcissement du membre qui n'est que d'un centimètre et demi.

Pendant les quatre années qui ont suivi l'opération, M^{lle} G.

a porté une bottine orthopédique à montants d'acier, mais depuis deux ans elle l'a mise de côté et se trouve très-bien de chaussures ordinaires dont elle fait surélever le talon à droite. Le pied n'est pour ainsi dire pas déformé : une masse osseuse abondante remplace les os enlevés ; la saillie du talon est normale. Il est raccourci de 13 millimètres et est un peu plus large que le pied gauche ; en outre il est dévié légèrement vers la malléole interne dont la saillie est diminuée, tandis que la malléole externe est très-apparente. La voûte plantaire est un peu affaissée ; les mouvements du pied sont limités, sans qu'il y ait pourtant ankylose. Cicatrices indolores.— Pas d'équinisme ni de varus.

Mars 1892. — L'état général est toujours excellent. La boiterie n'apparaît guère qu'avec la fatigue. Les mouvements dans le cou-de-pied sont plus étendus qu'il y a un an, surtout l'extension. L'opérée peut relever activement le bord externe du pied et l'on sent très-facilement les tendons des péroniers se tendre derrière la malléole externe.



Pied sain.



Pied opéré.

OBSERVATION N° 3.

Ostéite tuberculeuse de l'astragale et du calcaneum.

(Due au Prof. J.-L. Reverdin).

Madame Eugénie F., 21 ans, campagnarde. Cette jeune femme, dont les ascendants sont bien portants, a présenté, en 1881, deux abcès ganglionnaires, dont l'un, à la région parotidienne, est cicatrisé, l'autre, derrière le sterno-mastoïdien, est resté fistuleux.

L'affection actuelle a commencé, il y a quatre mois, sans traumatisme, par une douleur vive sous le talon gauche, douleur qui augmenta rapidement d'intensité, s'accompagna de gonflement sous la malléole externe, puis de la formation de deux fistules.

La malade entre à la clinique privée du prof. J. Reverdin, le 18 mai 1885.

A ce moment on constate que le pied gauche, en position normale, présente une tuméfaction fluctuante, englobant largement la malléole externe. La peau qui la recouvre est tendue, rouge, chaude. A la partie antérieure de la tuméfaction s'ouvrent, près l'une de l'autre, deux fistules dont l'exploration conduit sur le tissu osseux au niveau du sinus du tarse. La pression réveille une douleur vive sur le calcaneum et le sinus du tarse, modérée sur le scaphoïde. Les mouvements de pronation et de supination sont seuls douloureux.

20 mai. — Opération. Extirpation de l'astragale par la méthode du prof. Reverdin. Cet os est carié au niveau de sa gouttière. On voit alors que le calcaneum est érodé, dépouillé de cartilage à sa partie supérieure. De l'extrémité postérieure de l'incision on en conduit une autre, dirigée verticalement et longue de deux centimètres et demi, qui permet de pratiquer l'extirpation sous-périostée du calcaneum.

Les surfaces articulaires voisines sont saines.

Les fongosités et tous les tissus suspects sont excisés largement; on résèque une portion manifestement infiltrée des tendons péroniers, et l'on cautérise au Paquelin toute la surface cruentée.

La plaie verticale et la partie postérieure de l'incision horizontale sont suturées.

Tamponnement à la gaze iodoformée.

Attelle dorsale plâtrée.

3 juin. — Un abcès froid s'est collectionné au-dessous et en avant de la malléole interne. On l'incise. Issue de beaucoup de pus. Drainage.

25 juin. — La cavité est complètement comblée.

Octobre. — La reproduction du calcaneum est notable. Les

mouvements actifs de flexion et d'extension peuvent se faire. La malade engraisse.

Mars 1886. — L'opérée peut mettre une bottine et marcher en s'aidant de deux cannes. Plus de fistule. La région calcanéenne n'a pas repris son volume primitif.

1890. — Madame F. revient avec un gonflement fluctuant du genou droit. Une ponction en retire une liqueur louche et l'on diagnostique une hydarthrose tuberculeuse. La malade refuse toute intervention chirurgicale. Quant au pied gauche, il est en fort bon état et a permis la marche sans canne ni chaussure spéciale, à la grande satisfaction de l'opérée.

4 juin 1891. — Nous revoyons M^{me} F. chez elle, elle est au lit, amaigrie, cachectique, souffrante. Le diagnostic d'hydarthrose tuberculeuse du genou droit s'est confirmé et l'affection suivant son cours, a abouti à une énorme tumeur blanche qui semble prête à s'abcéder par endroits et qui provoque de vives douleurs.

La malade raconte que, avant cette nouvelle affection, elle pouvait marcher sans appui, vaquer aux soins du ménage sans fatigue ni souffrance.

Le pied est ankylosé à angle droit sur la jambe; il a conservé une excellente forme, n'est pas en varus, repose bien à plat. Il est plus court que l'autre par le fait que le calcaneum, au lieu de se reproduire en totalité, n'est représenté que par une masse fibreuse peu volumineuse, mais suffisante pour donner un solide point d'attache au tendon d'Achille.

Il ne s'est pas formé de fistule depuis 1886. Les cicatrices sont bien protégées et indolores.

Les poumons paraissent épargnés.

Mars 1892. — Monsieur F. nous écrit qu'il n'y a pas de changement sensible dans l'état de sa femme.

OBSERVATION N^o 4.

Carie étendue du tarse.

(Due au prof. J.-L. Reverdin).

Ping, 18 ans, mécanicien. Pas d'antécédents héréditaires tuberculeux.

Dans son enfance a eu des abcès froids du tibia.

La maladie actuelle, consécutive à une entorse du pied gauche, survenue au mois de mars 1885, a débuté par une douleur qui, s'accroissant rapidement, obligea bientôt le malade à marcher sur la pointe du pied. Il se soumit aux manipulations d'un charlatan dont le résultat fut une aggravation du mal.

Il entre alors à la clinique privée du prof. A. Reverdin. On constate un gonflement douloureux au niveau du calcaneum

et au-dessous de la malléole externe ; la consistance est celle d'un tissu fongueux. L'état général est satisfaisant.

Le malade est traité par l'immobilisation et les pointes de feu, mais le gonflement augmente et le 22 juin la pointe du thermocautère donne issue à du pus, A la face plantaire, au niveau de la partie moyenne du calcaneum, il s'est formé une bosselure fluctuante.

23 juin 1885. — Opération. Incision externe; extirpation de l'astragale avec le davier spécial. On constate par cette voie que le calcaneum, profondément malade, doit disparaître. Dans ce but on pratique, à partir de l'extrémité postérieure de la première incision, une seconde incision verticale, longeant le bord externe du tendon d'Achille. Extirpation sous-périostée du calcaneum. Puis, après avoir prolongé l'incision en avant, on enlève le cuboïde et le scaphoïde qui sont entourés de fongosités. Les malléoles et le reste du tarse sont sains et l'on achève l'opération par l'excision des tissus mous suspects, la cautérisation au Paquelin et la suture des péroniers. Contre-ouverture au côté interne du pied, tamponnement à la gaze iodoformée, attelle dorsale plâtrée.

Huile de foie de morue et iodure de fer.

Août. — Il s'est formé deux fistules d'aspect fongueux, l'une à la partie interne du cou-de-pied, l'autre sous la région calcanéenne. On les cautérise au fer rouge.

Novembre. — Le pied, qui était resté un peu œdédié, a diminué de volume. L'état général est bon et le malade commence à marcher avec des béquilles sans appuyer le pied à terre.

Les années suivantes le jeune P. s'habitua à se servir du membre opéré et remplaça les béquilles par une canne. A plusieurs reprises des fistules s'ouvrirent, mais il refusa de se soumettre à l'intervention secondaire qui lui était proposée.

Deux fois il est resté pendant 18 mois sans avoir de fistule.

En 1890 il a été opéré pour un spina ventosa de l'annulaire de la main droite.

Avril 1891. — P. est maintenant un garçon grand, gras, de solide apparence, ouvrier dans un fabrique de vis, très-régulier au travail. Son appétit est excellent et ses poumons sains.

Il boite sensiblement; s'appuie sur une canne pour de longs trajets; parcourant jusqu'à 5 kilomètres d'une étape et sans trop de fatigue. Pas de douleurs.

Le pied, plus court de quatre centimètres, est élargi au niveau des malléoles; la voûte plantaire est affaissée, la saillie du talon prononcée. Pas d'équinisme ni de varus. Le pied, à angle droit sur la jambe, jouit d'un mouvement d'extension étendu; les autres mouvements sont limités.

La jambe est raccourcie de deux centimètres par le fait du tassement du pied qui rapproche les malléoles du sol.

Le mollet et la cuisse sont légèrement atrophiés. Pas de douleur à la palpation.

Il persiste deux fistules ; l'une située en avant de la pointe de la malléole externe, conduit le stylet sur un séquestre mobile ; l'autre, débouchant vers la base de la malléole interne et dirigée en avant, présente un trajet de quatre centimètres et n'aboutit pas à un os dénudé.

Avril 1892. — Il n'y a plus actuellement qu'une toute petite fistule au niveau de la malléole interne ; la sécrétion en est presque nulle.

Pas de nouvelle manifestation tuberculeuse au pied ou dans une autre région.

OBSERVATION N° 5.

Tumeur blanche tibio-tarsienne.

(Due au prof. A. Reverdin).

Enfant Dem., 7 ans.

Cet enfant, d'apparence chétive, se présente à la clinique avec une tumeur blanche du cou-de-pied. Toute la région est fortement tuméfiée, surtout du côté externe, où l'on perçoit une fluctuation manifeste.

28 février 1886. — Opération.

Nous pratiquons d'abord deux incisions verticales, externe et interne, parallèles au tibia et au péroné. Nous trouvons la jointure envahie par le pus et les granulations tuberculeuses.

Les os de la jambe sont réséqués sur deux centimètres de hauteur.

Puis de l'incision verticale externe nous en conduisons une nouvelle horizontale, selon la pratique du prof. J. Reverdin, sans cependant sectionner les tendons péroniers ; nous extirpons l'astragale malade. Le calcaneum infiltré est très-ramolli et est ensuite largement évidé à la cuiller tranchante.

Les surfaces sont touchées au thermocautère ; la cavité opératoire tamponnée à la gaze iodoformée.

Attelle de Volkmann.

L'opération a été facile et bien que les tendons aient été ménagés nous avons eu tout le jour désirable grâce aux incisions verticales.

Deux mois plus tard, l'enfant commence à marcher ; mais à partir de ce moment on voit le pied se dévier peu à peu en dehors par le fait que la malléole externe, contrairement à l'interne, ne se reproduit pas et que le péroné se termine en pointe.

Voyant que cette position vicieuse tend à s'accroître malgré plusieurs appareils plâtrés et à attelles, nous nous décidons à sacrifier la mobilité qui s'est rétablie entre les os de la jambe et ceux du pied et à chercher l'ankylose dans une bonne position. Pour arriver à ce résultat nous ouvrons de nouveau l'articulation au moyen d'une incision externe en L contournant l'extrémité inférieure du péroné et longeant le calcaneum. Cet os s'est reproduit à tel point qu'il ne reste, pour ainsi dire, pas de trace du délabrement qu'il a subi. Nous abrasons sa surface de même que celle du tibia. Le péroné est si mince à ce niveau, qu'il est inutile de compter sur lui pour contribuer à l'ankylose.

Une petite incision est faite ensuite à la plante du pied jusqu'au calcaneum que nous traversons d'un grand clou de charpentier allant s'enfoncer de trois centimètres dans le tibia.

Le pied est ainsi solidement maintenu et le valgus est aussi corrigé que possible.

Un appareil plâtré immobilise le tout.

Le quinzième jour nous retirons le clou. La plaie latérale est déjà guérie.

Un nouvel appareil plâtré est laissé pendant trois semaines. Nous constatons en le levant, une soudure parfaite entre le calcaneum et le tibia, ce qui permet au petit malade de marcher sur une bonne base de sustentation.

L'avant-pied a gardé une bonne position et, quoiqu'il soit moins utile pour la marche que lorsqu'il y a intégrité de l'articulation, nous trouvons préférable de l'avoir laissé, les jointures médio-tarsiennes et tarso-métarsiennes étant tout à fait libres.

18 mai 1891. — Le jeune D. a grossi, beaucoup grandi, ne tousse pas et jouit d'une excellente santé.

Malgré la rigueur de ce dernier hiver il n'a manqué un seul jour son école, distante de chez lui de plus d'un kilomètre, il joue en plein air avec ses camarades sans être plus vite fatigué qu'eux.

Il se sert d'une canne, et bien qu'elle ne lui soit pas indispensable, il en a pris l'habitude et ne l'abandonne pas volontiers. Ni la marche, ni les secousses imprimées au pied ne provoquent de douleur.

La chaussure est de forme ordinaire, munie de deux tiges métalliques. La semelle est surélevée de quatre centimètres.

Le pied, dont la forme est à peu près normale, a conservé ses saillies naturelles et la courbure de sa voûte; mais il est déjeté en masse en dehors, en sorte que l'axe de la jambe prolongé aboutirait au côté interne de la plante du pied. Cette déviation est visiblement attribuable à cette différence dans la reproduction des deux malléoles, signalée précédemment et en vertu

de laquelle l'interne est régulièrement reformée, tandis que l'externe n'existe plus.

Malgré l'étendue des parties réséquées le pied opéré n'est que de quatre centimètres plus court que l'autre, le calcaneum est reconstitué; il n'y a ni équinisme, ni varus.

La forte saillie de la malléole interne produisant un frottement continu de la chaussure contre la peau a développé un durillon corné qu'il faut tailler de temps à autre. C'est le seul point dont le malade se plaigne aujourd'hui.

OBSERVATION N° 6.

Arthrite fongueuse tibio-tarsienne.

(Due au prof. J.-L. Reverdin).

Ormidé R., 10 ans et demi.

Antécédents héréditaires : Deux tantes du côté maternel mortes poitrinaires.

Antécédents personnels : A eu la rougeole à 9 mois, depuis cette époque est resté chétif, malingre; mais n'a pas fait de maladie proprement dite.

Pas de traces de scrofule.

Maladie actuelle : C'est au printemps de l'année 1886 que, sans traumatisme, l'enfant Ormidé R. commença à boiter de la jambe gauche qui se tuméfia au niveau du cou-de-pied. Bientôt il dut marcher avec des béquilles et en octobre il se forma un abcès en arrière de la malléole interne, dont l'ouverture laissa persister une fistule.

Entre à la clinique du prof. J. Reverdin, le 22 juillet 1887.

Status. — Le pied est en équinisme léger. Il existe du gonflement au pourtour des deux malléoles. Sur le bord interne du tendon d'Achille s'ouvre une fistule dont le trajet conduit sur l'astragale dénudé à sa face inférieure. Les mouvements de flexion et d'extension sont douloureux, de même la palpation sur et derrière la malléole interne. Pas de craquements. Poumons sains.

23 février 1887. — Opération.

Incision exploratrice du professeur Reverdin : extraction par fragments de l'astragale qui est friable. On peut voir alors la surface calcanéenne qui n'est fongueuse qu'au niveau du ligament interosseux. On enlève à la curette les parties malades, le cartilage calcanéen suspect, et un peu de l'os qui est mou.

La malléole interne est complètement dépouillée de cartilage sur sa face inférieure; on l'évide à la curette. Du côté du scaphoïde on résèque les débris de la capsule qui semblent infiltrés. On fait de même de tous les fragments capsulaires et synoviaux que l'on peut voir.

Du côté interne on incise la fistule et en détruit les parois par la curette et le Paquelin.

Le faisceau vasculo-nerveux est recouvert d'une membrane cellulaire épaisse; il est respecté.

Suture des tendons.

Tamponnement à la gaze iodoformée.

Attelle de Volkmann.

13 mars. — Un abcès froid s'est formé au niveau de la malléole interne. On l'incise et le tamponne. Tendance au varus.

24 mars. — Appareil plâtré fenêtré.



Pied sain.



Pied opéré.

Avril. — L'enfant marche avec une béquille.

Mai. — On supprime le plâtre et le remplace par une botte à montants articulés. Quoique la suture des tendons des péroniers ait bien tenu, il y a une tendance au varus, qui ne va pas jusqu'à empêcher le malade de poser le pied à plat.

Quelques petits abcès froids superficiels se sont formés à ce moment mais se sont rapidement guéris après incision, pour ne plus jamais reparaitre.

Juin 1891. — L'opéré, qui a maintenant 15 ans, n'en paraît guère que 12 ou 13; il est d'aspect chétif. Il se porte pourtant fort bien, travaille et joue comme ses camarades. Il marche sans boiter, peut courir, sauter, se dresser sur la pointe du pied réséqué, sans fatigue ni douleur. C'est à peine s'il y a un peu de raideur dans la jointure.

Pas de raccourcissement de la jambe.

Chaussure ordinaire.

Le pied gauche, dont la forme est excellente, est d'un centimètre et demi plus court que l'autre; la voûte est accentuée, les os bien reformés. Il n'y a plus ou presque plus de varus. Le bord interne du pied forme un arc à concavité interne marquée.

Les mouvements passifs sont conservés; les mouvements actifs sont peu étendus.

Poumons sains.

31 mars 1892. — Il s'est développé chez le jeune opéré une tuberculose de la vessie, de la vésicule séminale droite et des épидидymes, qui n'a pas encore retenti sur l'état général.

L'état du pied reste excellent.

OBSERVATION N° 7.

Ostéo-arthrite tibio-tarsienne.

(Due au prof. J.-L. Reverdin).

Louis, Ch., 30 mois. Pas de tuberculose dans la famille.

Il y a sept semaines, sans cause apparente, l'enfant a commencé à boiter du côté droit et à éviter de poser le pied à terre. La région tibio-tarsienne se tuméfia et devint rouge.

Le petit malade est amené à la clinique privée du professeur Reverdin.

On constate un gonflement considérable au niveau de la malléole interne, entre celle-ci et le bord supérieur du calcaneum, fluctuant à sa partie culminante que recouvre une peau rouge et tendue. Le côté externe du pied est aussi un peu tuméfié, mais sans rougeur.

Pas de ganglions inguinaux.

2 mai 1887. — Opération.

Une première incision est pratiquée sur l'abcès, du côté interne du pied, en avant du tendon d'Achille. La cuiller tranchante arrive sur le tibia dénudé.

Seconde incision externe d'après la méthode Reverdin. Extirpation de l'astragale. Du pus séreux contenant des flocons s'échappe de l'articulation tibio-tarsienne. Incision verticale sur le péroné. Ablation de la pointe des deux malléoles et destruction des abondantes fongosités qui les entourent.

Une incision symétrique est faite sur le tibia, dont on attache le foyer de carie, après avoir ruginé le périoste.

Les tendons péroniers sont suturés, ainsi que les plaies verticales péronière et tibiale.

Drainage de l'abcès. Tamponnement à la gaze iodoformée. Attelle dorsale plâtrée.



Pied sain.



Pied opéré.

Suites opératoires très-simples. La cicatrisation marche rapidement.

20 mai. — L'enfant prend la rougeole, ce qui ralentit un peu le travail de réparation.

27 juin. — Il ne reste des plaies que quelques fistules.

9 juillet. — On place un appareil plâtré complet en mettant le pied à angle droit.

Août. — Plus de fistule, l'enfant commence à marcher.

Le petit opéré a été examiné le 9 avril 1891, c'est-à-dire quatre ans après l'intervention. C'est maintenant un enfant plein de vie et de force. Il marche, court, saute tout comme ses camarades, pratique les mêmes exercices de gymnastique à l'école, sans en jamais ressentir de fatigue ; il sort été comme hiver par tous les temps et ne ressent aucune douleur. Il se tient en équilibre sur le pied droit, se dresse même sur la pointe.

Les mensurations indiquent un raccourcissement de deux centimètres pour la jambe droite et pourtant la boiterie échapperait à un observateur non prévenu. Cela s'explique par une légère inclinaison compensatrice du bassin.

Pas de chaussure spéciale.

Le pied opéré est de cinq millimètres plus court que l'autre ; sa voûte, bien accentuée, regarde un peu en dedans et le pied appuie plus sur son bord externe que sur son bord interne. En outre le pied est faiblement incurvé selon son axe longitudinal et présente une concavité regardant en dedans.

Les os sont bien reformés, les malléoles moins saillantes que du côté opposé.

Les mouvements existent, assez étendus.

Les cicatrices sont enfoncées, indolores.

OBSERVATION N° 8.

Carie du tarse et du métatarse.

(Due au prof. A. Reverdin).

Jean B., 17 ans. A commencé à souffrir du pied droit il y a trois mois. Conduit chez un rebouteur, il y subit des manipulations variées qui ne firent qu'accélérer la marche de l'affection. Le pied se tuméfia de plus en plus et un abcès froid s'ouvrit du côté externe du cou-de-pied.

On amène alors le jeune homme au prof. A. Reverdin. Il est chétif, très-pâle ; sa jambe est atrophiée et il a des ganglions dans l'aîne. Le pied est très-enflé dans toute la région tarsienne. Il existe, au niveau du cuboïde, une fistule d'où s'écoule un pus très-fluide et qui conduit le stylet sur les os ramollis.

13 juin 1887. — Opération.

Le trajet fistuleux est disséqué, puis une incision longeant l'extenseur du petit orteil permet d'arriver sur les os cariés. La cuiller entre sans effort dans les masses ramollies et fongueuses. On enlève successivement le cuboïde, le scaphoïde, les cunéiformes, la tête du premier, quatrième et cinquième métatarsiens ; enfin la tête de l'astragale.

Le fer rouge est promené sur toutes les surfaces.

Il ne reste donc que le calcaneum, le corps de l'astragale et les métatarsiens, moins les têtes de trois d'entre eux.

Pendant l'opération une incision sur le côté interne du pied a été nécessaire pour faciliter la destruction de la tête de l'astragale.

Tamponnement à la gaze iodoformée.

Le membre est placé dans une attelle de Volkmann. Pansement tous les deux jours.

Après deux semaines de séjour à la clinique, l'opéré est ramené dans son village où un médecin continue les soins. Il incise un abcès formé dans le voisinage de l'astragale.

Depuis ce moment la cicatrisation fait de rapides progrès. L'état général s'améliore, les forces renaissent et en octobre 1887 la guérison est complète.

L'opéré a été revu le 5 mars 1891. Il a beaucoup grandi, exerce le métier de menuisier ; sa santé est excellente, malgré la misère dans laquelle il vit.

Le pied réséqué est sensiblement plus petit que l'autre. On dirait le pied d'un enfant de 12 ans, à côté de celui d'un homme adulte. Le résultat est très-satisfaisant, puisque, quatre ans après un délabrement considérable, nous avons un pied qui, sauf le volume et les mouvements articulaires, est semblable à l'autre et rend en tous cas de bien meilleurs services que n'importe quel moignon d'amputation.

Le jeune B. marche sans béquille ni canne, ne souffre nullement, n'est pas vite fatigué et son allure est celle d'une personne atteinte de raideur du cou-de-pied.

OBSERVATION N° 9.

Ostéite tuberculeuse du calcaneum et de l'astragale.

(Due au prof. J.-L. Reverdin).

Joseph B., 28 ans, journalier. Pas de tuberculose dans la famille.

Bonne santé habituelle. Pas de bronchite.

Le malade s'est tordu le pied droit il y a 10 mois et ne s'est jamais complètement remis de cette entorse ; une douleur a persisté. Il a pourtant continué son travail jusqu'en mars

1888. C'est alors que la tuméfaction et les douleurs augmentant, il a dû cesser toute occupation. Des fistules n'ont pas tardé à s'établir.

Status. — Atrophie du mollet. Un ganglion crural. La gouttière rétro-malléolaire externe est remplie par une tuméfaction qui se prolonge du côté du tarse et remonte, d'autre part, au-dessus du cou-de-pied. Sous la malléole existe une fistule dont le trajet sinueux aboutit à la surface dénudée du calcaneum.

Les mouvements sont assez étendus et peu douloureux. Les souffrances sont les plus vives dans le talon pendant la marche.

19 septembre 1888. — Opération.

On pratique une incision courte commençant le long du bord externe du tendon d'Achille, à trois doigts de la pointe de la malléole, puis se recourbant en avant pour suivre la direction de l'incision externe habituelle. Extirpation de l'astragale, dont le cartilage aminci est soulevé par une couche de fongosités. On peut constater alors que la face supérieure du calcaneum est malade, que son cartilage est détruit et qu'il y a un foyer de carie. On creuse ce foyer. Le reste de l'os est gras. Les malléoles et le scaphoïde sont sains.

Excision des fongosités. Cautérisation au Paquelin.

Suture des tendons ; tamponnement à la gaze au naphtol.

Attelle de Volkmann.

5 octobre. — La cicatrisation a rapidement progressé. On applique une botte plâtrée dans laquelle on pratique une fenêtre au niveau de la plaie.

Le malade quitte la clinique pour être soigné chez lui. L'état général est bon.

27 novembre. — La plaie est réduite à une étroite ligne. La plante du pied a une tendance à se renverser en dedans. La nouvelle articulation est douée de mouvements assez étendus. Pas de fistules.

L'opéré commence à marcher.

Avril 1892. — Nous apprenons par un médecin de la localité où vit B., que celui-ci marche, travaille et gagne sa vie comme ouvrier de campagne. Il porte à sa chaussure un talon surélevé.

OBSERVATION N° 10.

Synovite fongueuse tibio-tarsienne.

(Due au prof. A. Reverdin).

Madame M. R., 27 ans. Père et mère vivants, bien portants.

Un frère mort poitrinaire,

Femme d'apparence chétive qui se présente chez le profes-

seur A. Reverdin le 15 février 1889. Elle dit souffrir du pied droit depuis qu'elle s'est fait une entorse, il y a 7 ans.

On constate un peu au-dessous et en avant de la malléole externe un bourrelet de consistance molle, fluctuante ; douloureux à la pression. On sent également un certain degré d'empâtement au-devant de la malléole interne. Les mouvements du pied sont modérément douloureux.

17 février 1889. — Opération.

Incision le long du bord antérieur du péroné se prolongeant jusqu'au niveau des tendons péroniers. Le bistouri arrive sur une tumeur fluctuante qui, incisée, laisse échapper un liquide jaune citrin, mélangé de masses blanchâtres. Les fongosités ne peuvent être enlevées sans sacrifier l'astragale, car même avec incision interne il est impossible de conduire la curette partout et de nettoyer sûrement l'articulation.

Extirpation de l'astragale. L'os enlevé est lui-même sain, mais il rend facile l'exploration des moindres recoins de la jointure et la destruction de tout ce qui est suspect.

Les surfaces articulaires ne sont pas encore atteintes ; l'affection est localisée à la synoviale.

Tamponnement à la gaze iodoformée.

Attelle de Volkmann.

Les jours suivants l'opérée est prise de fortes douleurs, d'agitation et même de délire, que le chloral et le bromure calment à peine. On supprime l'iodoforme dans les pansements et dès lors les symptômes inquiétants disparaissent.

La malade part à la fin d'avril, quand la cicatrisation est complète.

Elle se présente à notre examen en mai 1891.

Le pied est à angle droit sur la jambe, incomplètement ankylosé, de forme parfaite, avec une voûte bien dessinée. Il constitue une base solide qui permet à l'opérée, moyennant un talon quelque peu surélevé, de marcher sans claudication apparente, car la jambe droite n'est raccourcie que de deux centimètres, le pied d'un centimètre.

Les cicatrices, peu apparentes et bien placées, sont indolores. Madame R. nous dit pouvoir marcher, sans aucun appui et aussi longtemps que n'importe qui ; elle a même fait de grandes courses de montagne sans en avoir souffert.

Elle est malheureusement devenue enceinte, a mis au monde un enfant, il y a 10 mois, l'a nourri, puis a commencé à maigrir, à tousser, à être prise d'oppression et de faiblesse.

L'examen des poumons nous prouve que le sommet gauche est en période d'infiltration tuberculeuse.

ORSERVATION N° 11.

Tumeur blanche tibio-tarsienne.

(Due au prof. J.-L. Reverdin).

Madame Constance C., 21 ans. Père mort probablement poitrinaire.

Pas d'autre cas connu de tuberculose dans la famille.

En septembre 1887, Madame C. s'est tordu le pied droit et depuis cette époque n'a cessé de souffrir, tantôt plus, tantôt moins, suivant les traitements suivis.

En janvier 1889 apparut une tuméfaction notable sous la malléole externe et une douleur empêchant de poser le pied à terre ; la malade entre alors à la clinique privée du professeur J. Reverdin.

Elle présente un teint pâle, un facies souffrant, une maigreur assez prononcée ; le sommet du poumon gauche est suspect ; l'appétit est médiocre.

Le pied droit est en équinisme modéré ; il existe, au-dessous de la malléole externe, une tumeur diffuse dont la peau est rouge et le centre fluctuant. Les mouvements sont un peu douloureux ; la jambe et la cuisse atrophiées.

11 avril 1889. — Opération.

Incision externe pour l'extirpation de l'astragale. Débridement vers le haut pour ouvrir l'abcès à son point culminant. Curettage de sa cavité qui est pleine de fongosités.

Extirpation de l'astragale dont le tissu est mou, gras, raréfié. Section au couteau de la tranche supérieure du calcaneum dont le cartilage est aminci. Abrasion de la pointe de la malléole externe, malade. Cautérisation au Paquelin.

Suture des péroniers latéraux.

Tamponnement à la gaze iodoformée.

18 mai. — La plaie est presque comblée. On place un appareil plâtré que l'on fenètre en dehors.

27 mai. — La malade, dont l'état général est excellent, bien meilleur qu'avant l'opération, rentre chez elle.

Juin 1891. — L'opérée jouit d'une santé florissante, elle ne tousse pas et n'a jamais eu d'hémoptysie ; elle a usé de béquilles, n'ayant pas voulu jusqu'à présent, surtout par crainte, se servir du pied droit pour marcher, bien qu'elle l'appuie assez fortement ; la jambe est raccourcie d'un centimètre et demi et le pied d'un centimètre. Ce dernier est d'une bonne forme et se pose à plat sur le sol ; les cicatrices sont indolores ; il n'y a pas de fistule ; les orteils sont un peu fléchis et les mouvements dans le cou-de-pied sont possibles mais limités.

OBSERVATION N° 12.

*Ostéo-arthrite tuberculeuse de l'articulation
astragalo-calcaneenne gauche.*

(Due au professeur J.-L. Reverdin).

Marie M., 14 ans. Il y a deux ans, a fait une chute sur le pied gauche qui, depuis, est toujours resté plus gros que le droit. Mais la marche ne devint douloureuse qu'en février 1888; en même temps est apparu au-dessous de la malléole externe un abcès froid qui s'ouvrit spontanément; la fistule ainsi constituée persista tout le reste de l'année et ce n'est qu'en avril 1888 que l'enfant, soumise à l'examen d'un médecin, est amenée à l'hôpital.

Status. -- Le pied est en varus. Une tuméfaction douloureuse occupe toute la région de la face externe du calcaneum; le talon est élargi; la fistule débouche à quelques millimètres au-dessous de la malléole externe et conduit sur le calcaneum dénudé mais non ramolli.

Les mouvements du pied sont limités, indolores.

Rien aux poumons.

13 avril. — Opération. Incision du prof. Reverdin; l'astragale très friable se brise sous le davier et doit être extrait par fragments. On laisse en place la tête de cet os et l'articulation astragalo-scaphoïdienne.

L'articulation astragalo-calcaneenne est envahie; le calcaneum contient à son intérieur un gros séquestre mobile.

On pratique à partir de l'extrémité postérieure de la première incision une seconde incision verticale qui permet de mettre au jour la face externe du calcaneum que l'on attaque avec la curette et le couteau pour détruire les portions malades.

Cautérisation des surfaces osseuses au Paquelin. Suture des péroniers latéraux.

Tamponnement à la gaze iodoformée.

Pansement tous les quatre ou cinq jours.

23 mai. — Appareil plâtré bivalve. Mouvements passifs dans la nouvelle jointure.

Juin. — On cautérise les bourgeons charnus qui paraissent fongueux.

Septembre. — Gymnastique et massage du cou-de-pied.

Octobre. — Il s'est formé un trajet fistuleux qui conduit à la face externe du calcaneum.

30 octobre. — On endort la malade et on enlève à la curette les fongosités du trajet fistuleux et les parties osseuses malades. Cautérisation au Paquelin.

Mars 1890. — La malade marche. Bains soufrés et de va-

peur. Elle quitte l'hôpital le 3 avril 1890. Tout est cicatrisé ; la marche est indolore ; il existe des mouvements dans la nouvelle articulation ; l'état général est florissant.

Mars 1892. — La jeune opérée nous écrit qu'elle est absolument guérie ; que depuis son départ de l'hôpital elle n'a jamais eu ni abcès ni douleurs, qu'elle ne s'est jamais servie de canne, qu'elle peut marcher, courir, sauter, et que la claudication est à peine apparente. Son pied est raccourci d'un centimètre, il a une bonne forme, repose bien à plat et n'est le siège d'aucune douleur. Elle fait de grandes courses sans en ressentir de fatigue ; elle a beaucoup grandi et engraisé.

OBSERVATION N° 13.

Carie du calcaneum.

(Due au professeur J.-L. Reverdin).

Jean F., 10 ans, écolier, Bonneville.

Cet enfant, dont la famille n'offre pas de cas de tuberculose, a joui d'une santé excellente jusqu'à la maladie actuelle qui a débuté en décembre 1888, sans cause connue, par une douleur sourde au côté interne du talon droit. Il se met bientôt à boiter et voit se former à ce niveau un abcès froid, qui s'ouvre spontanément en mars 1889, donnant naissance à une fistule. Il est envoyé le mois suivant à l'hôpital de Genève, sur le conseil d'un médecin.

A ce moment on constate que le talon droit est tuméfié, de consistance pâteuse ; le calcaneum est augmenté de volume ; la fistule débouche à trois centimètres au-dessous et en arrière de la malléole interne et conduit sur la petite apophyse du calcaneum qui est dénudée mais non mobile. Elle laisse échapper du pus séreux. La marche, la pression au-dessous des deux malléoles réveillent une forte douleur ; les mouvements sont presque abolis dans les articulations du tarse et diminués dans la jointure tibio-tarsienne.

Quelques petits ganglions dans l'aîne ; atrophie modérée des muscles ; rien de suspect aux poumons ; mouvement fébrile le soir.

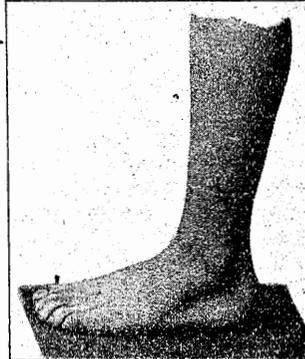
29 avril. — Opération. 1° Extirpation de l'astragale par le procédé du professeur Reverdin ; 2° incision verticale le long du bord postérieur du calcaneum et résection sous-périostée de cet os. Cautérisation superficielle au Paquelin de la cavité et du trajet fistulaire. Suture des péroniers ; tamponnement à la gaze iodoformée.

30 mai. — Le calcaneum se reforme.

1 juin. — La cavité est comblée et les plaies sont fermées. On place le pied dans un appareil plâtré bivalve et l'on mobilise chaque jour la nouvelle articulation.

28 juin. — L'enfant quitte le service ; il marche avec deux cannes ; les mouvements dans le cou-de-pied sont revenus ; les os se sont sensiblement reproduits et le pied a repris un aspect presque normal.

L'opéré a été revu deux ans plus tard. Il jouit d'un excellent état général ; il a engraisé et beaucoup grandi. Il peut, sans fatigue ni douleur, marcher, jouer, courir avec ses camarades. Il ne porte pas de chaussure spéciale et il faut l'examiner attentivement pour s'apercevoir qu'il boite ; le pied, en bonne position, a une forme normale et n'est que de deux centimètres plus court que l'autre ; la voûte plantaire est bien accen-



Pied sain.



Pied opéré.

tuée, le talon est reformé et le pied repose bien à plat. Dans la marche l'opéré appuie davantage sur le talon que sur la pointe; à part cela on peut dire que le pied fonctionne normalement.

Le raccourcissement réel de la jambe droite est de trois centimètres; mais il est compensé par une légère inclinaison du bassin et la claudication est à peine appréciable.

27 mars 1892. — Le jeune opéré continue à être dans un état des plus satisfaisants. Tous les mouvements, actifs et passifs, existent dans son pied, mais limités; la flexion dépasse l'angle droit; l'inclinaison du bassin compense le raccourcissement du membre.

OBSERVATION N° 14.

Carie étendue des deux pieds.

(Due au prof. J.-L. Reverdin).

Marie G., 15 ans. Pas de tuberculose dans la famille.

Il y a une année, cette enfant se tordit le pied gauche, qui se tuméfia. Cette enflure persista dans la suite sans empêcher la marche. Puis au bout huit mois la tuméfaction s'accrut, le pied devint douloureux et il se forma, sur le côté externe, un abcès qui fut incisé et resta dès lors fistulaire.

Un second abcès apparut sur le dos du pied et donna également lieu à une fistule. L'enfant est alors amenée à l'hôpital de Genève, le 12 juin 1889.

Status. — Enfant amaigrie, anémique, indemne d'affection pulmonaire.

La tuméfaction qui occupe tout le pied gauche jusqu'à la racine des orteils est à son maximum sur le dos du pied.

A trois travers de doigt en arrière du cinquième orteil, s'ouvrent deux fistules, puis une troisième au niveau du scaphoïde. Elles conduisent toutes trois sur les cunéiformes dénudés.

Les mouvements dans l'articulation tibio-tarsienne sont conservés, mais on provoque une forte douleur en mobilisant les métatarsiens ou les os du tarse.

18 juin. — Incision d'un abcès sur le dos du pied; les tendons sont à nu.

25 juin. — Opération.

On pratique les quatre incisions parallèles d'Ollier. On extirpe les cunéiformes et le scaphoïde qui sont altérés; le point de départ de l'affection semble être dans la partie postérieure du troisième métatarsien où l'on trouve une cavité.

On enlève ce qui reste du tarse antérieur, respectant l'as-

tragle et le calcaneum qui sont intacts. On résèque les extrémités postérieures des métatarsiens sauf celle du premier.

Excision et cautérisation des fongosités.

Suture du tendon du jambier antérieur.

Tamponnement à la gaze iodoformée.

Attelle de Volkmann.

Les suites immédiates n'offrent rien de particulier.

17 juillet. — Il s'est formé au pied droit, en arrière et au-dessus de la malléole externe un abcès froid que l'on incise et râcle. Une fistule persiste à ce niveau.

6 septembre. — Troisième opération. Pied gauche : on passe la curette dans tous les trajets restant des anciennes incisions. On ramène de la tête du premier métatarsien des fragments d'os enflammés. Tamponnement iodoformé.

Pied droit : Incision sur le bord externe du tendon d'Achille. Curetage. Incision sur le bord interne, mettant à nu la malléole qui est ramollie, infiltrée et que l'on râcle. Cautérisation.

Décembre. — Nouvel abcès au-dessous et en avant de la malléole externe du pied droit. Incision. Des portions de l'astragale et du calcaneum sont dénudées.

11 janvier. — Quatrième opération.

Pied droit : Incision externe du professeur Reverdin. Extirpation de l'astragale qui est friable. Résection des deux malléoles et râclage de la surface du calcaneum qui est spongieuse. Excision des fongosités. Ce pied est dans un état si pitoyable, que l'on ne peut songer à enlever tout ce qui paraît atteint. Râclage et cautérisation des fistules.

6 mars 1892. — Cinquième opération.

On incise sur le pied gauche un abcès qui s'est collecté au-dessus et en avant de la malléole interne; la curette arrive sur une surface osseuse que l'on râcle.

Sur le pied droit on ouvre un abcès symétrique à celui de l'autre pied. Tous les os sont spongieux; on traverse le pied de part en part avec la curette. Bains soufrés.

20 septembre. — Sixième opération.

Pied gauche : 25 pointes de feu pénétrantes dans les fistules et leur voisinage.

Amélioration notable.

Le pied droit est dans le même état.

12 novembre. — Septième opération.

Pointes de feu pénétrantes aux deux pieds. On passe dans tous les trajets fistuleux et fongueux. On traverse le pied droit de part en part sous les malléoles.

L'ignipuncture améliore les deux pieds, mais la patiente est éprouvée.

A partir du 2 décembre, injection de la lymphé de Koch,

en commençant par un demi-milligramme pour arriver à la fin de janvier 1891 à des doses de 28 milligrammes.

Réaction générale. Pas de réaction locale.

La malade est reprise par ses parents en février 1891.

Mars 1892. — L'opérée nous écrit qu'elle a continué, chez elle, les bains soufrés, que le pied droit est resté dans un état stationnaire, que le gauche offre plusieurs nouvelles fistules.

Son état général est satisfaisant; pas de toux. Elle paraît résignée à rentrer à l'hôpital.

OBSERVATION N° 15.

*Arthrite chronique fongueuse de l'articulation
tibio-tarsienne gauche.*

(Due au professeur J.-L. Reverdin).

Joséphine J., 40 ans, de Bonneville. Antécédents héréditaires inconnus.

Rougeole en 1886, suivie à peu de distance de l'apparition d'une tuméfaction douloureuse dans la région tibio-tarsienne gauche produisant bientôt l'impotence du pied.

Séjour d'un an dans un hôpital, pendant lequel l'affection, traitée par le repos et la compression, reste stationnaire.

En 1889, la tuméfaction ayant beaucoup augmenté, la fillette est amenée à l'hôpital de Genève le 4 juillet.

Status. — Enfant délicate, anémique, maigre.

Rien de suspect aux poumons.

Membre inférieur gauche atrophié et raccourci de deux centimètres. Pied en varus. La tuméfaction embrasse le talon et remonte vers la malléole interne.

La palpation et la marche provoquent une vive douleur. Le calcaneum, les malléoles et l'astragale sont sensibles. Mouvements très-limités dans les articulations du pied. Quelques ganglions dans l'aîne droite.

6 juillet. — Opération. 1° Extirpation de l'astragale par le procédé du prof. Reverdin. (Cet os n'est malade que dans le voisinage de la facette articulaire postérieure et inférieure.) 2° Incision verticale partant de l'extrémité postérieure de la première; décortication et extirpation sous-périostée du calcaneum, qui contient un séquestre enfermé dans une cavité pleine de pus caséux.

Excision des fongosités; cautérisation au Paquelin.

Suture des péroniers latéraux. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Pansement tous les huit jours.

Octobre. — Les os paraissent complètement reformés. Il ne

reste qu'une fistule dans laquelle on injecte du naphitol camphré. Par l'effet de ce traitement et de bains soufrés, la cicatrisation de la fistule (par laquelle on n'a jamais pu atteindre l'os), progresse activement.

Avril 1890. — L'opérée commence à marcher. Elle porte une attelle externe pour redresser le pied qui a la tendance à se mettre en varus. Elle quitte l'hôpital. État général très-satisfaisant.

4 juin 1891. — L'enfant est dans un asile d'orphelins. Sa santé est excellente; elle est vive et mène l'existence active, laborieuse de ses compagnes.

Le résultat orthopédique de l'opération est malheureusement loin d'être brillant. En effet, le pied s'est peu à peu étendu en équinisme et a fini, grâce au manque de soins et de surveillance, par s'ankyloser presque complètement dans cette attitude vicieuse, en sorte que la malade n'appuie à terre que les orteils. Pris à part, le pied a conservé une excellente forme, le talon s'est même remarquablement reproduit.

Grâce à l'équinisme, le pied n'offre pas une base de sustentation solide; aussi une béquille est-elle nécessaire. A cette condition la fillette peut marcher sans fatigue et prendre part aux jeux de ses camarades.

Le pied n'est le siège d'aucune douleur et n'a jamais présenté de nouvelle fistule depuis l'opération.

Mars 1892. — La jeune J. marche maintenant sans canne dans la maison et avec une canne-béquille pour les grandes promenades. Le jour où nous allons la voir, un dimanche, nous la trouvons dansant avec ses camarades d'orphelinat, sans le moindre appui et avec un parfait entrain.

Les mouvements passifs sont possibles quoique limités dans le cou-de-pied. Il est probable que l'on pourrait, en surélevant la semelle et le talon, en pratiquant du massage, rectifier peu à peu la position vicieuse due à l'usage, malgré le raccourcissement, d'une chaussure ordinaire.

OBSERVATION N° 16.

Tumeur blanche du pied gauche.

(Due au prof. J.-L. Reverdin).

Jean M., 42 ans, mécanicien.

Ce malade entre à l'hôpital le 13 janvier 1890 pour une affection du pied gauche dont le début remonte à un an, avec impotence fonctionnelle absolue et formation d'une fistule.

Il offre en outre les symptômes nets, subjectifs et objectifs d'une tuberculose pulmonaire assez avancée.

Le pied gauche en légère extension sur la jambe, un peu en varus, présente une tuméfaction générale qui commence à trois travers de doigt au-dessus des malléoles, embrasse le talon, le tendon d'Achille et se termine en mourant à la racine des orteils.

La fistule, débouchant à la face externe du dos du pied, conduit le stylet sur la partie antérieure du calcaneum et sur le cuboïde, dénudés.

20 janvier. — Opération. Incision du professeur Reverdin, passant par l'orifice de la fistule. Extirpation de l'astragale, sain en apparence. On prolonge ensuite l'incision en avant et l'on extirpe la partie antérieure du calcaneum et le cuboïde qui sont tous deux malades. Puis, comme un pus phlegmoneux s'écoule de la face interne du calcaneum, on pratique l'extirpation totale de cet os. Les fongosités sont enlevées à coups de ciseaux.

Suture des péroniers ; tamponnement à la gaze iodoformée ; pansement compressif.

3 février. — La plaie granule activement.

5 février. — Le malade est pris d'un délire que l'on attribue à l'intoxication par l'iodoforme. On remplace celui-ci par la gaze au sublimé.

Malgré cette précaution le délire s'accroît, l'opéré maigrit rapidement et meurt de broncho-pneumonie double apyrétique, le 16 février, soit 27 jours après l'opération.

Son pied était en très-bonne voie de guérison.

La grippe épidémique qui régnait à cette époque a été considérée comme la cause probable de cette issue fatale.

OBSERVATION N° 17.

*Arthrite tibio-tarsienne gauche, aiguë, suppurée,
de nature grippale.*

(Due au professeur J.-L. Reverdin).

Louise L., 33 ans, blanchisseuse. Entrée à l'hôpital le 15 janvier 1890.

Quelques jours après une courte atteinte d'influenza, a été prise de douleurs et de gonflement dans diverses articulations des quatre membres, ayant nécessité son admission dans le service de médecine. Ces manifestations ont cédé rapidement au traitement salicylé sauf dans le pied gauche dont la région tibio-tarsienne reste tuméfiée et douloureuse. Deux abcès se forment et sont incisés, le premier en avant de la malléole externe, le second en arrière de la malléole interne. Puis une arthrite tibio-tarsienne se déclare et la malade est transférée le 14 février dans le service de chirurgie.

15 février. — On agrandit les incisions et l'on constate que la face externe de l'astragale est à nu ; un long trajet existe entre les deux abcès et l'on y loge un drain qui traverse la région de part en part.

Pas de soulagement.

21 février. — On réunit l'incision verticale postérieure à l'horizontale antérieure, de manière à relever un large lambeau. On voit alors que le col de l'astragale est dénudé et qu'à travers d'abondantes fongosités on pénètre aisément dans l'articulation tibio-tarsienne. Section des péroniers latéraux ; extirpation de l'astragale, râclage de la face inférieure du tibia.

Suture des tendons ; drainage, tamponnement à la gaze iodoformée.

Attelle plâtrée dorsale.

30 mai. — La cicatrisation est complète et la patiente commence à marcher avec des béquilles ; mais elle souffre dans le talon et les malléoles lorsqu'elle appuie le pied à terre.

Douches de vapeur. Amélioration. Par moments les douleurs s'exacerbent et obligent la malade à garder le lit pendant quelques jours.

Octobre. — Etat général excellent ; des promenades assez longues sont possibles.

24 octobre. — Renvoi de la malade pour inconduite.

12 mai 1891. — Madame Louise L. est maintenant à l'hospice des convalescents où elle a beaucoup engraissé, mais où elle est retenue par la persistance de névralgies dans le pied gauche qui rendent la marche très-douloureuse. Cependant un examen minutieux du membre ne peut donner l'explication de cet état, car le résultat opératoire est parfait : raccourcissement imperceptible ; forme et position du pied excellentes ; pas de fistule ; cicatrices bien protégées. La malade dit elle-même qu'elle se sent la force nécessaire pour marcher, et que débarrassée de ses névralgies elle vivrait comme tout le monde. Les douleurs sont exaspérées par les changements de temps, atténuées par le salicylate.

(L'origine grippale de l'arthrite doit être invoquée peut-être pour expliquer la tenacité de ces douleurs névralgiques).

Avril 1892. — L'état de Louise B. s'est beaucoup amélioré ; elle marche maintenant sans canne, fait des courses de plus d'une heure sans arrêt et sans souffrance, monte et descend les escaliers, se tient en équilibre sur le pied opéré. Elle n'utilise aucune chaussure spéciale.

Nous la trouvons logée dans une mansarde, nullement embarrassée d'avoir à escalader cinq étages quotidiennement.

Les douleurs ne reviennent qu'avec la fatigue ou les changements de temps et rendent alors la marche pénible.

Le pied, raccourci de deux centimètres, n'est pas ankylosé sur la jambe, mais les mouvements en sont pourtant limités ; il appuie à terre sur son bord externe et de ce côté la pointe de la malléole n'est distante du sol que de deux centimètres (au lieu de cinq) ; la voûte plantaire est diminuée, la claudication apparente.

BIBLIOGRAPHIE

1869. NODET, Amédée. — De l'application de la méthode sous-capsulo-périostée à la résection tibio-tarsienne.
1874. OLLIER, L. — Des résections et ablations des os du pied, etc. (Association française pour l'avancement des sciences; Congrès de Lille 1874).
1876. MAUNOIR, Paul. — Note sur l'extraction de l'astragale dans la carie limitée à cet os.
1878. OLLIER, L. — Résections articulaires et pansements antiseptiques. (Revue mensuelle de médecine et de chirurgie).
1883. REVERDIN, J.-L. — Revue médicale de la Suisse romande, n° 3, p. 161.
1884. GREMAUD, P.-L. — Étude sur les procédés de résection tibio-tarsienne (thèse de Genève).
1886. DUMONT, F. — Prof. Kocher's Methode der Fussgelenksresection von einem äusseren Querschnitte aus (Archives v. Langenbeck, Bd XXXIV. Heft 2).
1886. REVERDIN, J.-L. — Procédé d'extirpation de l'astragale et de résection tibio-tarsienne (Mémoires du Congrès français de chirurgie. 4^{re} session. Avril 1885).
1887. GRITTI. — Del astragalotomia per la cura precoce della synovite fungosa dell' articolazione tibio-tarsico. In Archivio di Ortopedia 1887.
1888. TROUILLET. — Ablation de l'astragale dans l'arthrite tibio-tarsienne (thèse de Lyon).
1888. T. KOCHER. Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik in Bern. (Archiv. für Klinische Chirurgie begründet von Dr von Langenbeck. Heft 777).
1889. GUITTON. — Chirurgie conservatrice dans la tuberculose du pied. (Thèse).
1889. OBALINSKI. — Neue Schnittmethode für die Fusswurzel resection. (Central. Bl. f. Chirurg. 25. X).
1890. ISLER, O. — Ueber grosse atypische Resectionen am Fusse (Deutsche Zeitsch. f. chirurg. XXXI. 3-4).
1890. BRUNS, P. — Resection tibio-calcanea (Beiträge zur Klinik. Chirug. VII. 1).
1890. KOENIG. — Traité de Pathologie chirurgicale (traduct. franç. du Dr Comte).

1890. AUDRY, Charles. — Les tuberculoses du pied; des résultats éloignés de leur traitement.
1890. VALLAS. — De la résection tibio-tarsienne par ablation préalable de l'astragale, etc. (Revue de chirurgie, août 1890).
1891. OLLIER, L. — Traité des résections (tome III).
1891. KUMMER, E.-F. — Sept observations d'ostéo-arthrite fongueuse du tarse, etc. (Revue méd. de la Suisse romande, n° 9, p. 534).
1891. KUMMER, E.-F. — Étude comparative de la résection du tarse postérieur et de l'opération de Wladimiroff-Mikulicz. (Revue de chirurgie, tome XI, janvier 1891.)
1892. REVERDIN, J.-L. — Communication au Congrès de chirurgie de Paris.
-

La Faculté de Médecine autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

GENÈVE, 15 Juillet 1892.

PROF.-D^r S. LASKOWSKI,
Doyen de la Faculté.



TABLEAU SYNOPTIQUE

OBSERV.	SEXE ET AGE	PROFESSIONS	LÉSIONS	OPÉRATION				PERSISTANCE D'ACCIDENTS	MÔRTS RAPIDES	MÔRTS TARDIVES	AUTRES MANIFEST. TUBERCULEUSES	RÉCIDIVES TARDIVES	DURÉE DU TRAITEMENT	RÉSULTAT FONCTIONNEL			
				DATE	NATURE	INTERVENTIONS SECONDAIRES	PARFAIT							BON	MÉDIOCRE	MAUVAIS	
1	h. 16 ans.	Écolier.	Carie du tarse.	15 VII 84	Astragale. Calcaneum antérieur.	1) Cuboïde, calcaneum. 2) Scaphoïde, cunéiformes.			En 1887 de tubercul. pulm.			40 mois.		Bon.			
2	f. 44 »	Commerçant.	Carie du tarse.	23 III 85	Astragale, scaphoïde, cuboïde, calcaneum antérieur, abrasion de la surf. sup. du calcan.							5 mois.		Bon.			
3	f. 24 »	Campagnarde.	Carie du tarse.	20 V 85	Astragale. Calcaneum.	Incision d'un abcès froid.				Tumeur blanche du genou.		6 mois.	Parfait.				
4	h. 18 »	Ouvrier.	Carie du tarse.	23 VI 85	Astragale, calcaneum cuboïde, scaphoïde.		Une fistule.					5 mois.		Bon.			
5	h. 7 »	Écolier.	Tumeur blanche tibio-tarsienne.	28 II 86	Astragale, malléoles, évidemment du calcaneum.	Opération orthopédique.						4 mois.		Bon.			
6	h. 10 »	Écolier.	Arthrite fongueuse tibio-tarsienne.	23 II 87	Astragale. Abrasion du calcaneum. Curage de la malléole interne.	Incision d'abcès froids.				Tuberculose vésicale et épидидymaire.		4 mois.	Parfait.				
7	h. 2 1/2	—	Ostéo-arthrite tibio-tarsienne.	2 V 87	Astragale. Malléoles.							3 mois.	Parfait.				
8	h. 17 ans.	Ouvrier.	Carie du tarse et du métatarse.	13 VI 87	Tête de l'astragale, cuboïde, scaphoïde, cunéiformes. Tête des 1 ^{er} , 4 ^{me} , 5 ^{me} métatarsiens	Incision d'un abcès.						5 mois.	Parfait.				
9	h. 28 »	Journalier.	Carie du tarse.	19 IX 88	Astragale. Évidement du calcaneum.							3 mois.	Parfait.				
10	f. 27 »	Sans prof.	Synovite fongueuse tibio-tarsienne.	7 II 89	Astragale. Synoviale.					Tubercul. pulm.		3 mois.	Parfait.				
11	f. 21 »	Sans prof.	Tumeur blanche tibio-tarsienne.	11 IV 89	Astragale, tranche du calcaneum; malléole externe.							2 mois.			Médiocre.		
12	f. 14 »	Écolière.	Ostéo-arthrite fongueuse, astragalo-calcaneenne.	13 IV 89	Astragale. Évidement du calcaneum.	Râclage d'une fistule.						10 mois.	Parfait.				
13	h. 10 »	Écolier.	Carie du tarse.	29 IV 89	Astragale. Calcaneum.							2 mois.	Parfait.				
14	f. 15 »	Écolière.	Carie étendue des deux pieds.	25 VI 89 12 XI 90	Cunéiformes, scaphoïde, astragale, malléoles, portions de calcaneum, ignipuncture, etc.	6 opérations consécutives.	Fistules nombreuses.					18 mois.				Mauvais.	
15	f. 10 »	Écolière.	Ostéo-arthrite tibio-tarsienne.	6 VII 89	Astragale. Calcaneum.							9 mois.			Médiocre.		
16	h. 42 »	Mécanicien.	Tumeur blanche tibio-tarsienne.	20 I 90	Astragale cuboïde, calcaneum.			Mort par broncho-pneumonie grippale.									
17	f. 33 »	Blanchisseuse.	Arthrite aiguë tibio-tarsienne, de nature grippale.	24 II 90	Astragale surface fibiale.							3 mois.		Bon.			