

ligament arrache la portion d'os sur laquelle il s'insère, plus souvent qu'il ne se déchire lui-même.

Il n'existe ni ligaments antérieurs, ni ligaments postérieurs, mais seulement quelques fibres disséminées qui doublent la synoviale ; les tendons et leurs gaines fibreuses en tiennent suffisamment lieu.

La *synoviale* de l'articulation tibio-tarsienne (S, fig. 308) ne présente rien de spécial à signaler. Elle descend sur les faces latérales de l'astragale jusqu'aux insertions ligamenteuses, et envoie supérieurement un prolongement vers l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Très serrée sur les côtés, la synoviale est fort lâche en arrière et surtout en avant. Elle est doublée à sa face externe par des pelotons adipeux, dont un, plus volumineux, siège en avant de la malléole péronéale. Malgré sa laxité, la synoviale se laisse difficilement distendre par le liquide, à cause de la présence des tendons et de leurs gaines fibreuses.

L'ostéo-arthrite tuberculeuse de l'articulation tibio-tarsienne n'est pas rare et entraîne le plus souvent la perte du membre, surtout chez l'adulte. La résection doit-elle alors être préférée à l'amputation ? Je ne le pense pas, et en voici la raison. Il est rare qu'à la longue la lésion ne s'étende pas aux articulations voisines, et, fût-elle même limitée à la tibio-tarsienne, je choiserais encore l'amputation, surtout si la peau du talon et de la face interne du cou-de-pied était suffisamment intacte pour que l'on pût la conserver comme lambeau d'après le procédé de J. Roux (de Toulon) ou de Syme (d'Édimbourg). Après la résection, les malades, voués à une longue suppuration, risquent fort de ne pas guérir et si, par hasard, la guérison survient, leur membre n'est pas plus utile qu'après l'amputation, à la condition, toutefois, que cette dernière ait été faite avec lambeau talonnier, car, ce qui importe par-dessus tout dans les amputations du cou-de-pied, c'est la conservation de la peau du talon avec les vaisseaux qui s'y distribuent, afin de permettre au malade de prendre un point d'appui direct sur le sol.

On obtient ainsi les résultats les plus remarquables. Un garçon, à qui je pratiquai, en 1872, à l'hôpital Saint-Louis, la désarticulation du pied par le procédé de J. Roux (pour un traumatisme, il est vrai), exerçait la profession de charretier et marchait plus tard toute la journée sans que rien indiquât la mutilation dont il avait été l'objet.

Dans le procédé de Syme, la dissection de la peau du talon constitue un temps assez difficile, et c'est ce qui donna sans doute à Pirogoff l'idée de conserver dans le lambeau la partie postérieure du calcaneum et de l'appliquer directement sur l'extrémité avivée des deux os de la jambe. Le Fort a repris ce procédé en lui faisant subir quelques modifications et en a obtenu de brillants résultats. Mais, il faut pour cela un calcaneum absolument sain, sinon les malades sont exposés à une suppuration et à des fistules interminables.

Dans l'amputation tibio-tarsienne, on a l'habitude de réséquer les malléoles à leur base, afin de mettre de niveau le tibia et le péroné. On peut toutefois s'en dispenser lorsqu'il est possible de recouvrir les surfaces articulaires avec un lambeau bien matelassé de graisse ; on conserve ainsi un peu plus de longueur au membre ; je ne sectionnai pas les malléoles sur le sujet dont j'ai parlé plus haut.

Si je préfère, presque toujours, l'amputation tibio-tarsienne à la résection, ce