

dans la tubérosité du 5^e métatarsien, tandis qu'au bord interne il n'existe pas, en général, de saillie osseuse. Mais nous pouvons nous guider ici sur la prééminence du scaphoïde qui est située à environ 3 cent. en arrière de la première articulation tarso-métatarsienne. Nous avons donc la possibilité de déterminer approximativement tout l'interligne articulaire *en menant une ligne oblique, qui, partant de la tubérosité du cinquième métatarsien, passe sur la face dorsale du pied pour se terminer à environ 3 centimètres en avant de la saillie du scaphoïde.*

Les articulations sont pourvues de *ligaments courts dorsaux et plantaires* d'une grande solidité. En outre, il existe des *ligaments interosseux et interarticulaires*; l'un d'eux s'étend entre la face externe du premier métatarsien et le métatarsien moyen; un second ligament (moyen) s'insère, d'une part, aux second et troisième métatarsiens, et aux second et troisième cunéiformes, d'autre part; enfin un troisième ligament relie le troisième cunéiforme et le cuboïde aux troisième et quatrième métatarsiens. Ces ligaments circonscrivent trois cavités articulaires: la première située entre le premier métatarsien et le premier cunéiforme, la seconde entre le second et le troisième cunéiformes, d'une part, et les second et troisième métatarsiens, d'autre part; quant à la troisième cavité articulaire, elle se trouve comprise entre le cuboïde et les deux derniers métatarsiens (LINHART).

Après avoir déterminé l'ischémie artificielle du membre, ce qui facilite beaucoup l'opération, on fait dans la direction de l'interligne articulaire dont nous avons donné les points de repère, une incision divisant d'emblée la peau et les tendons dorsaux, et partant en arrière de la tubérosité du cinquième métatarsien pour se terminer au bord interne du pied, à environ 2 1/2 à 3 ctm. en avant de la saillie du scaphoïde. On abaisse ensuite l'extrémité antérieure du pied de façon à tendre les ligaments dorsaux, et l'on pénètre dans l'interligne articulaire en commençant par l'articulation, facile à trouver, du cinquième métatarsien avec le cuboïde. On complète l'ouverture des articulations jusqu'à ce que l'on arrive au second métatarsien qui est en retrait sur le troisième et le premier, et s'articule avec le second cunéiforme. Imprimant alors à la partie antérieure du pied un mouvement modéré d'abduction, on va à la recherche de l'articulation du premier métatarsien avec le premier cunéiforme, à l'extrémité interne de l'incision cutanée. La direction de l'interligne est ici plus ou moins transversale. Après avoir trouvé et incisé cette articulation, on complète l'ouverture de l'interligne en portant le bistouri à environ un centimètre en arrière, de façon à pénétrer dans la seconde articulation cunéo-métatarsienne.

Pour faciliter l'opération on a eu recours assez souvent à la modification consistant à retrancher, à l'aide de la scie, la partie saillante en avant du premier cunéiforme. La manœuvre opératoire n'en devient pas beaucoup plus aisée, car la difficulté réside bien plutôt dans la recherche de la seconde articulation. Mais l'avantage de cette modification, c'est que toute la surface d'amputation se trouve alors plus ou moins sur le même plan. Néanmoins nous conseillons, d'une manière générale, de rester partout dans l'interligne articulaire.

Lorsque tous les ligaments dorsaux ont été divisés, on procède à la section des *ligaments interosseux*. Pour tendre et sectionner ceux de ces ligaments qui s'insèrent au côté externe des os, on porte le pied en flexion plantaire exagérée et en adduction, tandis que pour faciliter la section de ceux qui s'insèrent au côté interne, on imprime un mouvement d'abduction au pied fortement fléchi du côté plantaire également. Enfin les ligaments plantaires sont divisés à leur tour. Jusqu'ici on s'est servi d'un fort bistouri, mais on a recours ensuite à un couteau à longue lame qui permet de tailler le lambeau d'une façon plus régulière. La pointe du pied ayant été fortement abaissée, on introduit le couteau en arrière des bases métatarsiennes, on le fait pénétrer de plat entre ces dernières et les parties molles, et l'on taille un lambeau à ras de la face plantaire des os, jusqu'aux articulations métatarso-phalangiennes. Dans toutes ces opérations il est facile de déterminer la longueur exacte qu'il faut donner au lambeau en prenant la précaution de ne pas le terminer avant de l'avoir rabattu sur la surface d'amputation, et d'avoir constaté qu'il peut la recouvrir dans toute son étendue; on achève alors le lambeau par une incision transversale, ou bien par une incision dirigée en arc de cercle d'arrière en avant et de dehors en dedans comme l'interligne articulaire.

Les opérateurs encore novices feront bien de tracer d'abord les limites du lambeau par deux incisions partant des extrémités de l'incision dorsale pour se diriger le long des bords interne et externe du pied. Une fois la désarticulation terminée, ces deux incisions serviront de guide pour la dissection du lambeau.

La plaie est ensuite réunie par des sutures, sauf les deux angles laissés ouverts pour le passage des drains. Autant que possible on opérera avec les précautions antiseptiques, et l'on appliquera un pansement antiseptique assez serré pour comprimer modérément le lambeau contre la surface saignante du moignon.

§ 151. — *b.* La désarticulation entre l'astragale et le calcaneum d'une part, et le scaphoïde et le cuboïde d'autre part, est désignée sous le nom d'**amputation (ou désarticulation) de Chopart**, en mémoire de l'auteur qui a fait entrer cette opération dans la pratique chirurgicale.

Après avoir été tour à tour vantée et décriée, cette opération s'est acquise de nos jours, et sans doute d'une façon durable, la faveur des chirurgiens. Ses détracteurs l'ont rejetée, non pas à cause des dangers qu'elle fait courir à l'opéré, mais bien parce qu'elle ne donnerait guère, selon eux, que de mauvais résultats fonctionnels, au point que le membre ne pourrait être utilisé que dans quelques cas exceptionnels. Or l'expérience prouve (voir la statistique donnée plus haut) que la désarticulation selon la méthode de LISFRANC ne donne pas des résultats moins favorables, à ce double point de vue, que les autres amputations pra-