

et pratiquée en 1841 par TEXTOR. En général, on la désigne soit sous le nom du premier de ces deux chirurgiens, soit sous celui de MALGAIGNE qui l'a mise pour la première fois à exécution en 1843. Les indications en sont assez restreintes.

On ne conserve de tout le pied que l'articulation tibio-tarsienne, laquelle, par conséquent, doit être saine. D'autre part, il faut que le calcanéum soit malade, car dans le cas contraire, on donnerait certainement la préférence à l'opération de CHOPART. Les cas dans lesquels ces conditions se trouvent réalisées, ne sont pas fréquents; le plus souvent, en effet, l'astragale est également affecté, et la même remarque s'applique aux lésions traumatiques.

Le **pronostic**, au point de vue vital, est bon d'après SCHEDE qui, il est vrai, se base sur un nombre relativement faible (32) d'opérations pratiquées en temps de paix. La mortalité n'a été, en effet, que de 6 0/0. Au point de vue fonctionnel, le pronostic est également favorable. Les opérés marchaient bien en s'appuyant sur leur moignon.

Néanmoins cette opération a peu de chances d'obtenir rapidement la faveur des chirurgiens, car de toutes les amputations partielles du pied, c'est assurément celle qui offre le plus de difficultés d'exécution. Il va sans dire qu'ici également, c'est la peau du talon qui est la meilleure pour recouvrir l'astragale. A supposer donc que les téguments de cette région puissent être utilisés, on procédera de la manière suivante : on fera d'abord une incision dorsale tout à fait comme dans l'opération de CHOPART, puis on ouvrira les articulations astragalo-scaphoïdienne et calcanéo-cuboïdienne et, sans tailler de lambeau, on divisera aussitôt dans la même direction transversale les parties molles plantaires. Vient ensuite le temps le plus difficile de l'opération, à savoir celui qui consiste à détacher le calcanéum des tissus qui l'entourent. On facilite beaucoup l'énucléation de cet os en suivant le conseil de GUNTHER, c'est-à-dire en faisant partir de l'extrémité externe de l'incision dorsale, une autre incision dirigée d'avant en arrière sous la malléole péronière, et correspondant exactement à l'articulation astragalo-calcanéenne. Par cette dernière incision on pénètre entre l'astragale et le calcanéum, on divise le ligament interosseux, et imprimant au pied un mouvement de rotation autour de son axe longitudinal, on achève de sortir le calcanéum de sa coque talonnière. BOUSQUET pense que l'opération est beaucoup plus facile lorsque, avant de désarticuler, on dissèque complètement les deux lambeaux, dorsal et plantaire. Un aide est chargé de fixer le bout du pied, de façon à tendre les parties sur lesquelles on opère. Il ne reste plus alors qu'à pratiquer la désarticulation et la section du tendon d'Achille. Du reste, lorsque les parties molles du talon sont malades, on peut ici, comme parfois dans l'opération de Syme, se départir l'une ou l'autre fois de la règle qui veut que l'on n'utilise que les téguments plantaires pour le lambeau, à condition toutefois que la cicatrice ne se trouve pas située pré-

cisément sur la surface d'appui du moignon. Dans un cas, VOLKMANN obtint un bon résultat en recouvrant le moignon d'un lambeau pédiculé emprunté à la région plantaire interne. RIESEL utilisa également les téguments dorsaux dans plusieurs cas dans lesquels la peau du talon était détruite.

DESPRÈS qui donne la préférence à l'amputation sous-astragalienne sur toutes les autres amputations partielles du pied, divise d'emblée d'un trait de scie le col de l'astragale, au lieu d'ouvrir l'articulation astragalo-scaphoïdienne. Le pied aurait ainsi un meilleur point d'appui que celui que donne la tête de l'astragale conservée.

Nous devons encore ajouter que l'on a aussi tenté, et avec succès, de combiner l'opération que nous venons de décrire avec l'amputation de PIROGOFF dont nous allons nous occuper. HANCOCK réséquait la tête et la face inférieure de l'astragale et appliquait sur le trait de scie la partie postérieure du calcanéum, après section de ce dernier selon le procédé de PIROGOFF. Malgré le bon résultat qu'il a obtenu de cette opération, nous ne sommes guère tentés de l'imiter d'une manière générale, car il s'agit là d'un procédé assez difficile, en somme rarement indiqué, et les avantages qu'il présente sont peu en rapport avec les difficultés du traitement.

d. Amputation du pied d'après le procédé de Pirogoff.

§ 153. — PIROGOFF a pratiqué cette opération pour la première fois en 1852, par conséquent avant que SYME eut inventé son procédé, et il l'a recommandée aux chirurgiens sous le nom de « méthode ostéoplastique ».

L'opération de PIROGOFF consiste à ouvrir l'articulation tibio-tarsienne, à scier les malléoles, et à appliquer sur la surface de section du tibia et du péroné la surface de section du calcanéum, qui a été scié en arrière de l'articulation astragalo-calcanéenne.

Nous ferons remarquer tout d'abord que, d'après notre expérience personnelle, nous pouvons affirmer que cette méthode opératoire est excellente. Aussi nous contenterons nous de répondre en peu de mots aux reproches qui lui ont été adressés. Nous renvoyons ceux qui s'intéressent à cette question, à l'excellente critique de SCHEDE qu'ils trouveront dans la collection des « Conférences cliniques de VOLKMANN ». Du reste, pour la description de cette opération, comme aussi des autres amputations partielles du pied, nous avons largement puisé au travail de ce chirurgien, dont nous partageons complètement la manière de voir dans ses points essentiels.

Nous n'insisterons pas sur l'objection basée sur le taux élevé de la mortalité à la suite de l'opération de PIROGOFF, car il suffit pour la réfuter de rappeler le chiffre trouvé par SCHEDE dans sa statistique (11, 8 : 100). Par contre, nous devons examiner un peu plus longuement la question des insuccès fonctionnels, à cause de son importance au point de vue de la méthode opératoire. Du reste, nous avons déjà vu plus haut, dans les remarques générales sur les amputations partielles du pied, que le nombre des insuccès est peu considérable (7,9 : 100).