

e. Amputation du pied par la méthode de Syme.

§ 154. — La désarticulation du pied suivie de la section avec la scie de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné, que l'on recouvre d'un simple lambeau de parties molles, est une opération qui ne doit pas être abandonnée malgré les avantages de la méthode de PIROGOFF. Mais, de même que dans cette dernière opération, il faut utiliser la peau de la face plantaire du talon pour coiffer le moignon si l'on veut avoir quelques chances que le malade puisse s'en servir pour marcher. C'est pourquoi nous rejetons actuellement tous les anciens procédés, tels que l'incision circulaire au-dessous des malléoles, ou la formation de deux lambeaux empruntés en avant et en arrière ou sur les côtés, et, d'une manière générale, nous considérons la méthode de SYME introduite dans la pratique dès 1842, mais conseillée déjà auparavant par JAEGER, comme étant la seule qui permette d'obtenir un moignon capable de servir de point d'appui au corps.

D'après la statistique donnée précédemment, la proportion des cas de mort est peu élevée (10, 9 : 400), mais les insuccès au point de vue fonctionnel sont plus fréquents que dans les autres amputations du pied. On comprend facilement, en effet, qu'un lambeau formé de parties molles, ne saurait constituer un appui aussi solide que la partie postérieure du calcaneum avec sa coque talonnière. Cependant l'opération de SYME donne parfois des moignons excellents. Ainsi chez un malade auquel j'avais amputé les deux pieds, le moignon fourni par l'amputation de SYME, rendait tout autant de services que celui qui provenait de l'opération de PIROGOFF. Par contre, on observe plus souvent à la suite de la première opération, soit une gangrène de la coque talonnière, soit des nécroses de tendons et des suppurations.

Actuellement le manuel opératoire et le mode de succession des divers temps de l'opération diffèrent un peu de ce qu'ils étaient dans la méthode primitive de SYME.

SYME faisait tout d'abord l'incision en sous-pied, puis disséquait peu à peu la peau de la face plantaire du talon, et finalement celle de la région du tendon d'Achille. Il sectionnait ensuite ce tendon et désarticulait le pied après avoir pratiqué l'incision dorsale. Enfin il sciait les malléoles et suturait le lambeau plantaire avec le bord antérieur de la plaie. Ce procédé est difficile (dissection de la peau du talon), et il arrive facilement que l'on perfore les téguments dans la région du tendon d'Achille. En outre, la peau ainsi détachée est très amincie au niveau de ce tendon et sa nutrition laisse, par conséquent, à désirer.

Nous commençons l'opération par une incision transversale s'étendant en avant de l'articulation, d'une pointe de malléole à l'autre. Des extrémités latérales de cette incision en part une autre en sous-pied, comme celle que nous avons décrite à propos de l'opération de PIROGOFF. Nous

pénétrons ensuite dans l'articulation tibio-tarsienne par l'incision dorsale, nous divisons les ligaments latéraux, et de même que dans l'amputation « ostéoplastique », nous détachons avec le bistouri l'insertion postérieure de la capsule, de façon à arriver sur la face supérieure de la partie postérieure du calcaneum. Abaisant alors fortement la pointe du pied, nous séparons toutes les parties molles de cette masse osseuse par une série de coups de bistouri intéressant les faces latérales et la face supérieure de l'os, en ayant soin de diriger toujours contre ce dernier le tranchant de l'instrument. Nous arrivons ainsi à l'insertion du tendon d'Achille, que nous détachons également de l'os, puis nous en faisons autant pour la peau de la face plantaire du talon, pendant que nous abaissons de plus en plus le pied dont nous ramenons la pointe en arrière. En un mot, nous sortons complètement la masse postérieure du calcaneum des parties molles qui l'entourent, en procédant de haut en bas et d'avant en arrière.

La coque talonnière est ensuite suturée aux bords de l'incision dorsale, à l'exception des deux angles par lesquels sortent deux tubes à drainage. J'ai suivi plusieurs fois le conseil qui a été donné de pratiquer d'emblée une boutonnière en arrière, à côté du tendon d'Achille, pour le passage d'un drain, et je puis dire qu'il m'a rendu de bons services. Le pansement de Lister ne doit comprimer que modérément le lambeau contre la surface de l'os. De même que dans les opérations précédentes, le membre est placé sur un coussin de balle d'avoine, de façon que la région du talon ne repose pas sur le lit.

D. CONTRACTURES INTÉRESSANT L'ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE ET LE TARSE.

§ 155. — Tandis que dans les autres articulations étudiées jusqu'ici, nous avons affaire essentiellement à des contractures arthrogènes d'origine inflammatoire, ces dernières ont bien moins d'importance dans la région du pied. Par contre, nous voyons apparaître ici toute une série de phénomènes pathologiques qui ont pour conséquence des déformations du pied, une diminution d'amplitude et une direction anormale des mouvements, et sont capables de compromettre plus ou moins l'intégrité fonctionnelle de cette partie du membre inférieur.

Un groupe considérable de déformations du pied doit être ramené à des troubles pathologiques qui, déjà avant la naissance, exercent une influence fâcheuse sur le développement des différentes articulations. Dans une partie des **contractures congénitales** il se peut que le développement des articulations soit d'emblée défectueux, ainsi que nous l'admettons pour un certain nombre de cas de **pied bot varus**.

Mais, après la naissance, le pied est soumis à des influences nuisibles qui proviennent de la pression exercée par le poids du corps, et sont capa-

bles de déterminer certaines déformations de la partie correspondante du squelette. Cette classe de contractures est représentée ici principalement par le **pied plat**.

Le *second groupe* de déformations se développe essentiellement sur le terrain d'une **innervation déficiente**, c'est-à-dire à la suite de troubles de la motilité dus à une *paralysie* dans le sens le plus large du mot. Nous verrons qu'une diminution ou une abolition complète de l'innervation peut avoir pour conséquence les déformations et contractures les plus diverses du squelette du pied, lesquelles toutefois, dans la majorité des cas, ne sont pas sous la dépendance directe de la paralysie.

Enfin un *troisième groupe* comprend les **contractures et ankyloses d'origine inflammatoire**, sur lesquelles nous avons longuement insisté à propos de l'articulation du genou et de celle de la hanche. A ces formes viennent s'ajouter celles qui sont dues à des *phénomènes de cicatrisation*. Comme principal représentant de ces dernières nous pouvons désigner le **pied équin** consécutif à une rétraction cicatricielle des muscles du mollet.

Afin d'éviter tout malentendu nous voulons esquisser d'abord d'une façon schématique les diverses formes de contractures du pied. Puis nous donnerons un aperçu général des contractures paralytiques, en nous basant essentiellement sur les recherches de HUETER et de VOLKMANN, car la connaissance de ces formes de déviations nous aidera à comprendre la plupart des autres. Enfin nous étudierons le pied bot congénital et le pied plat.

Si dans notre exposé schématique nous séparons nettement les contractures de l'articulation tibio-tarsienne de celles de l'articulation astragalo-tarsienne, cela ne veut pas dire que, dans la pratique, cette distinction soit aussi nettement tranchée. Au contraire, dans la plupart des cas, ces deux formes de contractures se combinent entre elles tantôt avec évidence, tantôt d'une façon plus ou moins obscure.

Les formes les plus simples de contractures sont celles qui se développent au niveau de l'*articulation tibio-tarsienne* dans le sens des mouvements physiologiques. (Nous renvoyons le lecteur pour ce qui concerne ces mouvements, aux paragraphes consacrés à l'anatomie et au mécanisme des articulations du pied). On observe ici, en effet, des attitudes vicieuses en flexion plantaire ou dorsale. La contracture en flexion plantaire; dans ses formes extrêmes, constitue la déformation connue sous le nom de **pied équin**. L'axe du pied se continue plus ou moins en ligne droite avec l'axe de la jambe. Tantôt les orteils sont fléchis du côté dorsal et le pied s'appuie sur le sol par la partie de sa face plantaire correspondant aux têtes métatarsiennes, tantôt ils sont fléchis du côté plantaire et le point d'appui se trouve reporté sur la partie antérieure de la face dorsale du pied; le poids du corps, dans ce dernier cas, tend à refou-

ler l'extrémité antérieure du pied dans le sens de la flexion plantaire et dans la direction du talon; les extrémités antérieure et postérieure de la voûte plantaire se rapprochent l'une de l'autre, de sorte que le squelette du pied forme une concavité à rayon de courbure plus court (HUETER); le pied équin se combine avec le **pied creux** (*pes excavatus*). Dans la plupart des cas, surtout s'il s'agit d'une déformation paralytique, au pied équin s'ajoute un certain degré de contracture au niveau de l'articulation astragalo-tarsienne, dans le sens de la *supination ou adduction*. Le pied équin se combine ainsi avec le pied varus pour constituer l'anomalie de forme et de mouvement que l'on désigne sous le nom de **pied bot équino-varus**. Outre cette contracture de l'articulation tibio-tarsienne dans le sens de la flexion plantaire, il en existe aussi d'autres en direction opposée; mais elles sont beaucoup plus rares que les premières pour des raisons que nous ferons connaître plus tard. On décrit sous le nom de **pied bot talus** (*pes calcaneus*) la déformation dans laquelle le pied est en flexion dorsale plus ou moins extrême; dans les formes très prononcées de cette attitude vicieuse, le dos du pied se trouve bien plus rapproché de la face antérieure de la jambe que ne le permettent les mouvements possibles à l'état physiologique. (Le nom de *pes calcaneus* qu'on a donné à cette déformation, vient de la position oblique du calcaneum, dont l'extrémité postérieure se met en contact avec le sol lorsque le malade marche). Cette forme de contracture se combine volontiers avec un état de *pronation ou abduction de l'articulation astragalo-tarsienne*, et elle prend alors le nom de *pied bot talus valgus* (ou *valgo-calcaneus*).

Les *contractures ayant pour siège l'articulation astragalo-tarsienne*, se produisent aussi, en règle générale, dans le sens des mouvements physiologiques. Nous désignons sous le nom de *supination ou adduction* le mouvement dans lequel la pointe du pied se rapproche de la ligne médiane et s'abaisse un peu en même temps; le bord interne du pied s'éloigne un peu du sol tandis que le bord externe s'en rapproche. La contracture qui se produit dans le sens de ce mouvement de supination ou adduction, a reçu le nom de **pied bot varus**. Dans la marche le pied s'appuie sur le sol par son bord externe, et dans les formes extrêmes de l'attitude vicieuse, par la partie externe de sa face dorsale; le poids du corps s'exerçant ainsi d'une façon anormale, entraîne des conséquences analogues à celles dont nous avons parlé à propos du pied équin; la forme de la voûte plantaire se modifie, son rayon de courbure devient plus court, de sorte que le pied varus se complique d'un certain degré de **pied creux** (*pes excavatus*).

D'autre part, nous désignons la contracture de l'articulation astragalo-tarsienne en *pronation ou abduction* sous les noms de **pied bot valgus** ou **plano-valgus** ou de **pied plat**.

La pointe du pied se trouve reportée en dehors, et le pied tout entier a subi un mouvement de rotation autour de son axe longitudinal, de telle