

*Pied droit.* Le malade couché ou assis, la jambe fléchie sur la cuisse, je reconnais l'articulation d'après la position des malléoles et des saillies du scaphoïde et de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, dont les distances à l'interligne articulaire ont été suffisamment indiquées.

Embrassant alors de la main gauche la face dorsale du pied au niveau des métatarsiens, je place le talon sur le bord d'une table, afin d'avoir un point d'appui résistant, pour tendre les ligaments et éloigner l'une de l'autre les surfaces articulaires, dès que les liens fibreux en auront été divisés.

De la main droite, armée d'un petit couteau à amputation, je pratique une première incision transversale *a* (fig. 284), commencée à quelques millimètres en avant de l'articulation calcanéo-cuboidienne, et terminée sur le milieu de la face dorsale du pied, en dehors du tendon du muscle jambier antérieur. De ce point je fais partir une seconde incision *b*, oblique d'arrière en avant et de dehors en dedans, qui contourne le côté interne du pied à un travers de doigt en arrière de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, et je la ramène, en l'arrondissant un peu d'avant en arrière, de dedans en dehors et de

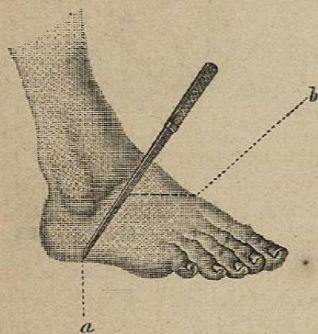


Fig. 284.

haut en bas, sur la face plantaire du pied, au point de départ de la première incision. J'ai soin de diviser obliquement en biseau, de bas en haut et d'avant en arrière, les téguments plantaires externes, de manière à les dégager le plus possible du tissu cellulo-graisseux qui pourrait faire obstacle à la réunion.

Je dissèque le lambeau interne *b* jusqu'au tubercule du scaphoïde, sur lequel je me guide pour ouvrir l'articulation médio-tarsienne; je coupe le ligament interosseux, et, glissant le couteau entre les surfaces osseuses, je termine l'opération en divisant les chairs profondes au niveau de l'incision plantaire.

*Pied gauche.* Lorsqu'on désarticule le pied gauche, on peut commencer, après les incisions tégumentaires, par ouvrir la jointure calcanéo-cuboidienne; diviser le ligament interosseux; séparer le scaphoïde, dont on coupe les liens fibreux avec la pointe de l'instrument; et, engageant ce dernier à plein tranchant entre le calcaneum et le cuboïde, puis entre l'astragale et le scaphoïde, achever la section des parties molles jusqu'au bord interne du pied,

point où l'on contourne avec attention la saillie du scaphoïde, pour ramener le couteau entre elle et les téguments, raser le premier cunéiforme et la moitié postérieure du premier métatarsien, et détacher ainsi le lambeau interne qui leur correspond (fig. 285).

On a conseillé de laisser une certaine longueur aux tendons des fléchisseurs et du jambier antérieur, pour qu'ils pussent contracter des adhérences avec la cicatrice et la tête de l'astragale, et prévenir, jusqu'à un certain point, la rétraction du pied en arrière.

Bien que j'aie, comme on le voit, indiqué deux manières un peu différentes de pratiquer ce nouveau procédé d'amputation, je préfère la première (pied droit) comme la plus facile et la plus sûre.

Il suffit de jeter les yeux sur les planches pour comprendre la grande différence qui existe entre ce procédé et celui de Chopart, sous le double rapport du mécanisme opératoire, et de la forme de la plaie et de la cicatrice. Le lambeau *c* (fig. 285) est presque vertical et s'applique de dedans en dehors sur l'astragale *a* et le calcaneum *b*. La plaie *a* est linéaire (fig. 286) et dans les conditions les plus favorables à la cicatrisation. Robert en a obtenu deux succès, j'en ai publié un troisième, et ce procédé a offert à d'autres opérateurs de précieuses ressources.

Dans le cas où le côté interne du pied serait désorganisé, on taillerait un lambeau externe, plus ou moins supérieur ou inférieur, selon l'état des parties.

Les artères pédieuse et plantaire étant liées, on applique le lambeau sur la plaie, et, comme celle-ci présente une direction oblique, elle est plus aisée à maintenir réunie, guérit plus vite parce qu'elle est moins étendue, et laisse au pus une issue facile à son extrémité inférieure.

*Appréciation.* Nous ne mettons pas en doute la facilité et la rapidité de la guérison de la plaie de l'amputation médio-tarsienne, mais nous devons signaler une objection des plus graves adressée à cette désarticulation. Le moignon pourra-t-il fournir un point

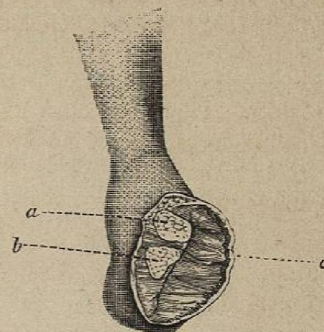


Fig. 285.



Fig. 286.