

de ce point, doit parcourir au côté interne de l'articulation une surface courbe assez régulière, en passant à un travers de doigt environ au-dessous de la malléole, tandis qu'en dehors la ligne est interrompue par la saillie de la tête du calcaneum.

Les ligaments astragalo-calcaneens latéraux et postérieur ne méritent aucune indication spéciale.

Après la désarticulation, le membre perd trois travers de doigt environ de sa hauteur, représentés par l'épaisseur du calcaneum et l'élévation de la voûte plantaire du pied.

*Procédés opératoires.* M. de Lignerolle proposa la formation de deux lambeaux latéraux. Lisfranc adopta un seul lambeau dorsal (*Médecine opératoire*, 1846).

Malgaigne conservait un seul lambeau interne comme on l'avait fait pour la désarticulation tibio-tarsienne.

Ce dernier procédé, que nous avons décrit pour l'ablation de la totalité du pied, nous paraît donner les meilleurs résultats, à la condition de tailler le lambeau très-large et de le commencer assez bas vers le talon.

Les artères tibiale et plantaire internes sont conservées, et la vitalité des parties assurée, si l'on en évite l'étranglement.

En comparant cette amputation à celle de la totalité du pied avec ablation des malléoles, on trouve que le membre garde plus de longueur (0<sup>m</sup>,035, hauteur de l'astragale sur l'adulte), et que la base de sustentation d'arrière en avant est de 0<sup>m</sup>,06, diamètre antéro-postérieur de l'astragale.

Le procédé de Syme, avec dissection et conservation de toutes les parties molles du talon, serait aussi applicable, et la marche, malgré les inégalités de la face inférieure de l'astragale, paraît être devenue assez facile chez la plupart des opérés. Il n'est pas, au reste, sans intérêt de faire remarquer que la base de sustentation, plus étroite, mais perpendiculaire au tibia, offre des conditions plus favorables qu'à la suite de l'amputation médio-tarsienne.

**Amputation tibio-tarsienne.** Baudens a réhabilité, en France et en Europe, l'amputation tarsienne. Sedillier, au rapport de Brasdor (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. V. p. 771), « pratiqua le premier cette opération sur un enfant de dix ans dont « le pied était tombé en gangrène. La guérison se fit promptement, « et la cicatrice ne s'est jamais rouverte pendant douze ans que le « malade a survécu. »

Brasdor, s'appuyant sur cette observation, et partisan lui-même des désarticulations, conseilla celle du pied et en décrivit le procédé. Rossi dit l'avoir pratiquée. Vacca (voy. Lisfranc) l'avait

appliquée à un dragon, qui put marcher facilement à l'aide d'une bottine.

Textor père désarticula, en 1817, les deux pieds à un jeune homme, qui guérit, mais dut marcher plus tard sur les genoux à l'aide de pilons.

Baudens publia, en 1839, ses premiers succès, et, depuis cette époque, l'amputation tibio-tarsienne a été faite un grand nombre de fois par Syme, Heyfelder, Textor fils, Chelius, Blandin, Jobert, Jules Roux, Josse fils, et l'on en a décrit divers procédés, parmi lesquels nous rapporterons celui que nous avons pratiqué (*Gazette médicale de Strasbourg*, 20 mars 1849).

*Dispositions anatomiques.* La malléole interne *b* (fig. 289) offre 0<sup>m</sup>,02 de hauteur en avant et 0<sup>m</sup>,01 en arrière; la malléole externe 0<sup>m</sup>,03. La surface articulaire inférieure ou astragalienne du tibia *a* descend plus bas en arrière qu'en avant, et en étendant fortement le pied, on projette la surface articulaire de l'astragale à 0<sup>m</sup>,02 en avant du tibia, ce qui permet d'atteindre et d'ouvrir facilement l'articulation (Isnard, *Aide-mémoire de l'opérateur*, 1849).

L'idée de conserver les malléoles a été généralement abandonnée, et l'on pratique aujourd'hui la résection de ces apophyses.

*Procédés opératoires. Méthode circulaire.* Sabatier, comme Brasdor l'avait déjà conseillé, a décrit un procédé circulaire dont le principal inconvénient est de placer la cicatrice au centre du moignon.

*Méthode à lambeaux.* Deux lambeaux latéraux (Rossi, Blandin). Disposition vicieuse de la cicatrice.

*Un seul lambeau dorsal.* Baudens. Le sujet placé en décubitus dorsal, le chirurgien se sert d'un petit couteau à amputation dont le franchant est appliqué avec force sur le talon, au niveau de l'insertion du tendon d'Achille. L'incision comprend toutes les parties molles jusqu'aux os; on la ramène d'arrière en avant sur la limite des faces dorsale et plantaire des deux côtés du pied, à quelques millimètres en arrière de la commissure des orteils. Le lambeau, saisi de la main gauche, est soulevé et disséqué à grands traits; et on y comprend les tendons extenseurs et le muscle pédieux tout entier, et surtout l'artère pédieuse; on le détache ainsi jusqu'au niveau de l'articulation, immédiatement au-dessus des saillies malléolaires; on incise la capsule articulaire, très-mince en avant, et l'interligne articulaire est mise à nu. Les malléoles et le rebord postérieur de la mortaise fibiale sont abattus d'un trait de scie. De cette manière, la surface osseuse est plane, et la portion encroûtée de cartilage n'en forme guère que le tiers. L'opérateur, reprenant le couteau, divise d'avant en arrière les parties molles épargnées