

PIED

Tarsotomie. — Opération de Phleps-Kirmisson. — On coupe à plein tranchant le bord interne du pied, dans le pli de ce bord (fig. 1073), derrière la saillie du scaphoïde. L'incision modifiée par Kirmisson porte plus sur le dos que sur la plante; elle coupe toutes les parties molles et, détordant le pied, ouvre l'articulation médio-tarsienne, jusqu'au ligament en Y que l'on coupe. On achève à la main le redressement du pied, et on le complète, si l'équinisme le rend utile, par une ténotomie du tendon d'Achille.

La plaie béante est simplement tamponnée à la gaze et le pied mis en bonne position dans un appareil plâtré qui prend le genou.

Le plâtre est changé de temps en temps pour les pansements et remis pendant deux ou trois mois, jusqu'à cicatrisation complète. On fait ensuite marcher avec une bottine à tuteurs.



Fig. 1073.
Incision de Phleps.

Tarsectomies. — 1° Tarsectomie cunéiforme dorsale externe (pied bot congénital). — **Opération de Jalaguier** (chez l'enfant)¹. — La ténotomie du tendon d'Achille est d'abord faite par la méthode sous-cutanée.

On fait sur le dos du pied une incision courbe, parallèle au bord externe du pied tourné en varus (fig. 1074). Cette incision commence en avant du bord antérieur de la malléole externe, passe entre la tête de l'astragale et celle du calcaneum, pour se terminer sur l'extrémité postérieure du troisième métatarsien (ou inversement).

¹ D'après F. Moxon, Thèse de Paris, 1901.

Le milieu de l'incision correspond à l'interligne médio-tarsien. On relève le lambeau cutané très mobile, et le corps du pédieux, pour arriver à l'os.

La rugine dégage l'articulation scapho-astragalienne, donnant à un écarteur les tendons et le périoste.



Fig. 1074.
Incision de Jalaguier.



Fig. 1075.
Tarsectomie cunéiforme dorsale externe (d'après FARABEUF).

L'articulation cubo-calcaneenne est de même mise à découvert.

Avec une spatule tranchante ou un bistouri, on coupe la tête de l'astragale et une partie de la grande apophyse du calcaneum. [Le ciseau mince et large serait nécessaire si les os étaient ossifiés (fig. 1075).]

On essaie la réduction, et, si elle n'est pas très facile, on résèque de même une partie du cuboïde et du scaphoïde.

On augmente l'étendue de la résection cunéiforme à base dorsale externe tant que la correction n'est pas très facile.

On réunit alors le cuboïde au calcaneum avec un catgut placé avec une aiguille de REVERDIN.

On fronce le pédieux par-dessus les os, en y plaçant une suture en bourses qui l'unit au périoste. La peau est suturée au catgut.

On place un pansement sec qui commence à maintenir la correction, puis on applique un plâtre en tenant le pied en correction exagérée, avec la paume de la main appuyée sur la plante.

Le plâtre sec, on enlève la bande de toile qui l'enveloppe, et on coupe sur le cou-de-pied la bande de tarlatane du pansement jusqu'à l'ouate. On desserre enfin les deux lèvres de l'appareil plâtré devant le cou-de-pied, afin de n'avoir pas d'escarre.

L'appareil est laissé quinze jours, puis renouvelé, en revisant la correction. Au bout d'un mois l'enfant porte un soulier renforcé. Au bout d'un an la marche se fait avec un soulier ordinaire.

2° Tarsectomie cunéiforme interne (pied plat valgus). —

Opération d'Ogston. — Une incision légèrement courbe située sur le bord interne du pied, au niveau de la tête astragalienne et du scaphoïde, jusqu'au premier cunéiforme, conduit rapidement sur les os.

Le périoste et les ligaments de l'articulation astragalo-scaphoïdienne sont relevés à la rugine, et, avec un large ciseau, on enlève un coin osseux à base interne comprenant une partie de la tête et du col de l'astragale, et une partie du scaphoïde. La correction est essayée et on augmente l'exérèse s'il est nécessaire.

Les deux surfaces de section sont réunies par une cheville d'ivoire ou par un fil d'argent, ou simplement accolées et maintenues par une suture fibro-périostique.

Les parties molles suturées, on applique un appareil plâtré qu'on laisse de 6 à 8 semaines en place (fig. 1076).

3° Tarsectomie atypique (pied bot congénital). — Opération de L. Championnière (chez l'adulte). — Le fond de l'opération est l'ablation de l'astragale avec d'autres os du tarse. La destruction osseuse doit être considérable. L'ablation de l'astragale

et la ténotomie du tendon d'Achille ayant été faites, on aborde l'extirpation successive de tous les os du tarse qui gênent la réduction. Il ne faut pas toucher aux malléoles.

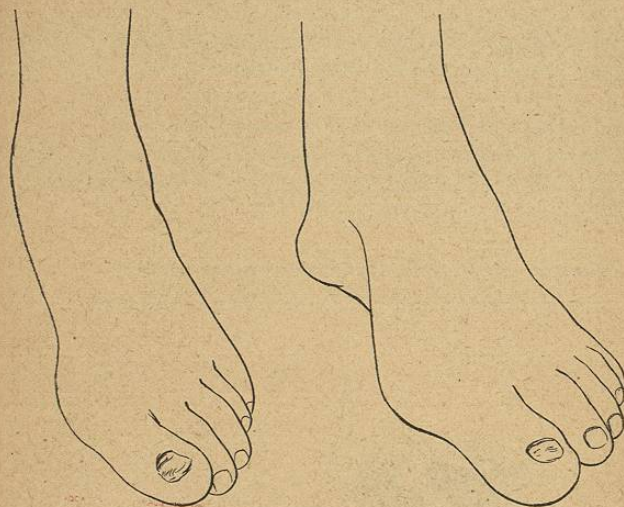


Fig. 1076.

Redressement d'un pied plat valgus par une tarsectomie cunéiforme interne (d'après photographies).

Ce désossement large et atypique est fait par une longue incision dorsale externe, en dehors des tendons extenseurs des orteils, prolongée autant qu'il est nécessaire.

Le redressement facile obtenu, on draine et panse, et on n'applique aucun appareil plâtré. Le pied est mobilisé le plus tôt possible. Dès que le malade peut marcher (six semaines environ), on lui fait porter une bottine avec tuteurs latéraux pour empêcher, tant que le pied n'a pas repris sa consistance normale, les mouvements de latéralité.

Le pied reste plus court que le pied normal, mais il redevient à peu près aussi haut.

Amputations du pied. — Pour obéir le plus possible au principe de la conservation, notamment après les traumatismes, on a pratiqué sur le pied un certain nombre d'amputations, qui sont plutôt des procédés d'occasion, et dont les principes sont guidés par l'état du squelette et des parties molles.

Nous indiquerons rapidement quelques-uns de ces procédés, intermédiaires entre les procédés classiques : LISFRANC, CHOPART, sous-astragaliennne, désarticulation tibio-tarsienne, amputation ostéoplastique de PIROGOFF et PASQUIER-LE-FORT.

Nous ne parlerons cependant pas d'opérations dans lesquelles, en vue d'une régularisation économique, on a scié un des os du tarse au lieu de le désarticuler.

Amputation ostéoplastique tibio-calcanéenne (SAMFIRESCU). — C'est une modification de l'amputation de PASQUIER-LE-FORT.

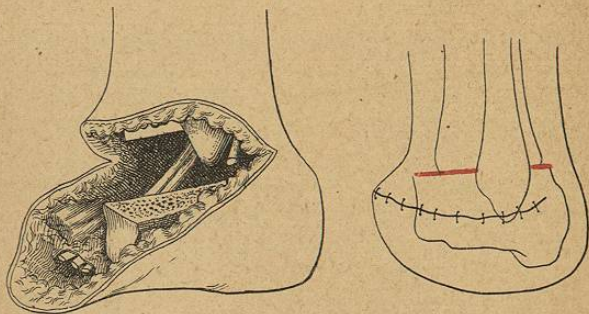


Fig. 1077.

Procédé de Samfirescu (d'après la thèse de BRISSART).

La section du calcaneum est faite comme dans ce procédé. Mais au lieu d'abattre la mortaise tibio-péronière avec la scie, on la conserve (fig. 1077). Pour l'adapter et la souder au calcaneum scié, on enlève tout le cartilage de la mortaise comme pour une arthrodèse, et avec un ciseau on rend plane la face inférieure du tibia. Sur le calcaneum on sépare, avec la rugine, le périoste des deux surfaces qui seront en contact avec

les faces avivées des malléoles. Le périoste reste adhérent aux parties molles et forme une loge avec l'os, dans laquelle vient pénétrer la malléole.

Les sections des parties molles se font comme d'habitude.

Les malléoles maintiennent le calcaneum en bonne situation.

Amputation ostéoplastique tibio-astragaliennne (J.-L. FAURE). — L'incision des parties molles est calquée sur celle du PASQUIER-LE-FORT, mais descend sur le dos et sur la plante du

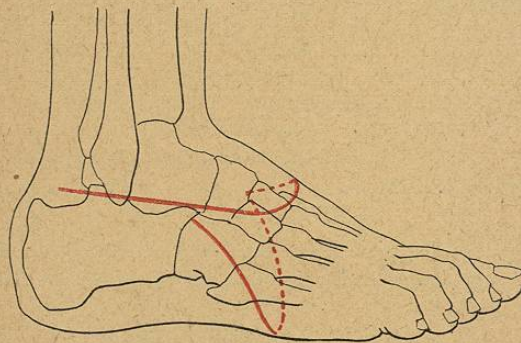


Fig 1078.

Procédé de J.-L. Faure. Tracé de l'incision.

pied à un large travers de doigt au-dessous de celle-ci. La queue de la raquette doit en outre croiser le sommet de la malléole externe (fig. 1078).

En relevant le lambeau dorsal, après tracé de l'incision, on découvre la tête de l'astragale jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne.

Le lambeau plantaire taillé à fond, jusqu'au squelette, on fait tenir solidement la jambe, et on coupe les ligaments péronéo-calcanéens et astragaliens.

L'articulation tibio-tarsienne ouverte, on fait basculer forte-

ment le pied en dedans, en achevant de couper tous les ligaments de l'articulation tibio-tarsienne.

Le pied renversé, la poulie astragalienne regarde en bas et

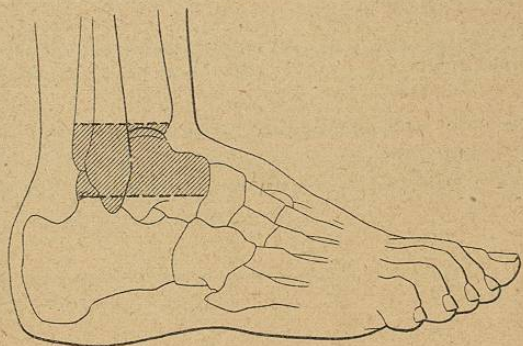


Fig. 1079.

Procédé de J.-L. Faure. Sections osseuses (d'après BUSSART).

en dehors, on la saisit avec un davier de Farabeuf, et on scie, avec une lame étroite, toute la partie supérieure de l'as-



Fig. 1080.

Procédé de J.-L. Faure (thèse de BUSSART).

tragale (fig. 1079). On en enlève environ 15 millimètres. On enlève alors l'avant-pied en désarticulant la médio-tarsienne (fig. 1080).

On dégage les malléoles et on les scie juste au niveau du cartilage du plateau tibial.

Un fil d'argent unit l'astragale au tibia (fig 1081). Les sutures et le pansement n'offrent rien de particulier.

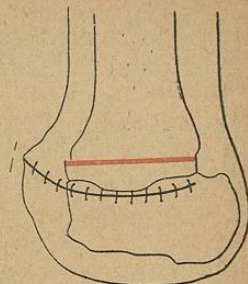


Fig. 1081.

Procédé de J.-L. Faure.
Résultat.

Désarticulation tibio-tarsienne avec conservation du calcaneum

(RICARD). — L'incision circonscrit deux lambeaux, un dorsal et un plantaire, ce dernier gardé autant que possible plus long que le dorsal (fig. 1082). L'incision plantaire commence au sommet de la malléole externe, plutôt devant que dessous.

D'abord horizontale, elle oblique bientôt en bas, convexe en haut, pour croiser le bord externe du pied devant le sommet de la tubérosité du cinquième métatarsien.

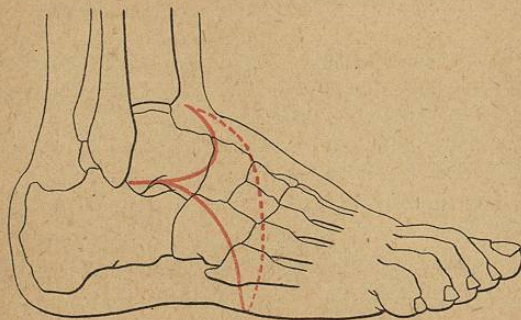


Fig. 1082.

Procédé de Ricard. Tracé de l'incision.

L'incision traverse la plante, franchit le bord interne à un doigt devant la tubérosité du scaphoïde, remonte symétriquement en arrière et finit à un centimètre devant le sommet de la malléole interne.

L'incision est faite à fond sous la plante, et en biseau, jusqu'à l'interligne calcanéocuboïdien.

L'incision dorsale convexe est taillée sur l'interligne scapho-cunéen, les tendons sont coupés et le lambeau relevé.

Il est difficile d'enlever en bloc l'avant-pied et l'astragale, en laissant le calcanéum. Il est plus simple d'enlever l'avant-pied par désarticulation médio-tarsienne, puis de saisir avec un fort

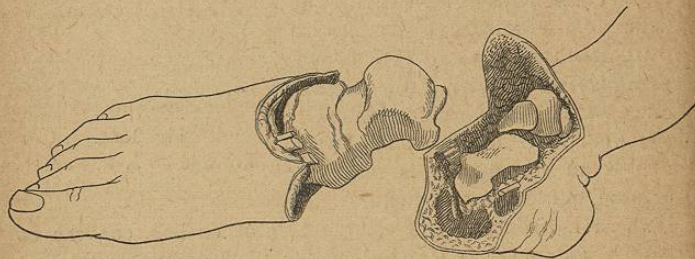


Fig. 1083.

Procédé de Ricard (d'après la thèse de BRISSART).

davier la tête de l'astragale, et d'extraire cet os, laissant le calcanéum en place (fig. 1083). On loge le calcanéum dans la mortaise tibio-tarsienne, réséquant s'il le faut la petite apophyse du calcanéum. Si la grande apophyse du calcanéum est trop saillante, on peut la réséquer.

On suture solidement les tendons antérieurs de la jambe aux tendons postérieurs et plantaires, afin d'obtenir une sangle qui maintienne le calcanéum en bonne attitude, luttant contre la rétraction du tendon d'Achille.

ORTEILS

Hallux valgus. — *Excision de la tête du premier métatarsien* (HUETER. DUPLAY)¹. Par une incision longitudinale située sur le bord interne du pied, enveloppant le durillon dans

¹ DUPLAY. *Semaine médicale*, 1896, n° 60, p. 478.

une ellipse, on incise la peau et excise le durillon et la bourse séreuse sous-jacente. Puis, avec une pince coupante, on résèque l'exostose et la tête du métatarsien obliquement de dedans en de dehors et d'arrière en avant. L'orteil se redresse, on suture les parties fibreuses.

Pour maintenir la correction, il est utile d'ajouter au redressement la *vaginoplastie* de DELBET. On amène le tendon extenseur dans l'incision latérale, et on suture par-dessus les lambeaux fibro-périostiques qui lui forment une gaine solide.

Puis on referme la peau et immobilise le pied.

Réséction cunéiforme du col du métatarsien (J. REVERDIN). Par la même incision que la précédente, on enlève au ciseau un coin osseux, dont la base répond à l'implantation de l'exostose, à 1 ou 2 centimètres en arrière de la surface articulaire.

Puis on redresse l'orteil et termine comme précédemment.

Orteil en marteau. — *Réséction cunéiforme de l'articulation phalango-phalangienne* (F. TERRIER) (fig. 1084). —

Pratiquer une incision transversale des téguments au-dessus et au-dessous du cor et de la bourse séreuse sous-jacente. Les deux incisions se rejoignent sur les parties latérales de l'articulation phalango-phalangienne. Tous les téguments, le cor et la bourse sont enlevés entre ces incisions.

On ouvre ensuite l'articulation découverte, en coupant les ligaments latéraux, et on dégage les extrémités articulaires.

Avec une pince coupante, on résèque les extrémités articulaires de façon à redresser complètement l'orteil en mettant en contact les surfaces osseuses coupées.

Quelques points de catgut réunissent les tissus fibreux, et la peau est recousue.

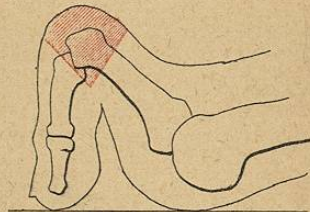


Fig. 1084.

Orteil en marteau. Réséction cunéiforme.

On place dans le pansement, à la face plantaire du doigt, une petite attelle de bois.

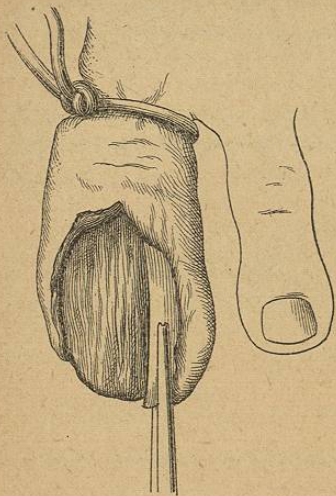


Fig. 1085.

Ongle incarné. La moitié de l'ongle est enlevée, une pince prend l'autre moitié.

(fig. 1085). On introduit à plat, sous le milieu de l'ongle, une

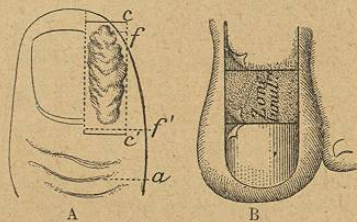


Fig. 1086.

A, Excision du bourrelet. — B, Procédé de Quénu.

branche d'une paire de ciseaux, on redresse la lame enfoncée

jusqu'au bout de l'ongle, et on coupe l'ongle en deux moitiés. Avec une pince et en tordant, on arrache successivement les deux moitiés de l'ongle.

La *destruction de la matrice* et l'excision du bourrelet qui borde l'ongle incarné se fait par l'excision au bistouri. Pour enlever la matrice dans toute sa profondeur et empêcher l'ongle de repousser dans l'étendue de l'excision, il faut dépasser en arrière la limite du fond du cul-de-sac reconnu à la sonde cannelée. (A, fig. 1086).

On peut se contenter de cette destruction et panser à plat. On peut aussi réunir la plaie antéro-postérieure résultant de l'excision du bourrelet. Mais on ne peut fermer la plaie résultant de l'excision de la moitié ou de la totalité de la matrice unguéale.

Pour obtenir la *restauration* du revêtement cutané on peut, comme l'a indiqué QUÉNU, n'exciser que la lame superficielle et le fond de la gouttière unguéale, libérer légèrement les lambeaux formés par le derme sous-unguéal et la peau de la phalange, et les suturer aux incisions latérales et entre eux (B, fig. 1086).