

de haut en bas et d'arrière en avant, de telle sorte que la pression du poids du corps n'est pas transmise au calcanéum suivant un plan vertical.

Il n'existe pas, à proprement parler, de ligaments périphériques entre l'astragale et le calcanéum. La synoviale qui sépare ces os est lâche et fait hernie à l'extérieur, ce qui est d'un grand secours pour découvrir l'interligne articulaire dans les diverses opérations que l'on pratique en ce point. Entre les surfaces de chaque os existe une gouttière. Les deux gouttières, en se réunissant, forment un canal situé dans un plan horizontal, et très obliquement dirigé d'arrière en avant et de dedans en dehors. L'extrémité postérieure et interne de ce canal est étroite, et siège en arrière de la petite apophyse du calcanéum; l'extrémité antérieure et externe est, au contraire, largement évasée et s'ouvre au-dessus de la grande apophyse du même os. Un ligament interosseux très résistant remplit ce canal et se fixe à chaque paroi par des fibres courtes entremêlées de tissu adipeux. La présence de ce ligament constitue le principal obstacle à la désarticulation sous-astragalienne, et c'est pour cela que Verneuil a donné l'excellent conseil, une fois le lambeau taillé, d'attaquer d'emblée l'articulation en plongeant la pointe du couteau à sa partie externe, c'est-à-dire dans l'excavation calcanééo-astragalienne. Je rappelle que, pour réussir à bien exécuter ce temps difficile, il faut se garder d'ouvrir préalablement l'articulation calcanéocuboïdienne, car on manquerait ensuite de bras de levier pour tendre le ligament interosseux sous le couteau et pour luxer le calcanéum.

Parmi les nombreuses difficultés dont est entourée la résection totale du calcanéum, la section du ligament interosseux n'est pas la moindre, car, tant qu'il n'est pas divisé, le calcanéum ne peut éprouver le mouvement de bascule nécessaire à son énucléation. Pour exécuter cette opération, je conseille de commencer par pratiquer une incision verticale sur la face postérieure du calcanéum, au côté interne du tendon d'Achille, et de détacher ce tendon. De l'extrémité inférieure de cette incision on en mènera une autre parallèle au bord externe du pied jusqu'au niveau de l'articulation calcanéocuboïdienne, et une troisième, longue de 2 ou 3 centimètres seulement, partant du même point que la précédente et longeant le bord interne du pied. Cette dernière a pour but de dégager complètement les tubérosités du calcanéum et de permettre de saisir la partie postérieure de l'os avec un davier. Les tendons des péroniers étant soulevés, les faces externe et inférieure du calcanéum bien découvertes, on ouvre l'articulation calcanéocuboïdienne et l'on divise le ligament interosseux calcanééo-astragalien. On imprime alors à l'os un mouvement de bascule en le renversant en dehors, et on le dégage par sa face interne en ménageant aisément les vaisseaux et les nerfs plantaires.

Cette opération difficile, et qui donne, en général, des résultats médiocres, ne doit être, à mon avis, pratiquée que s'il est démontré qu'une résection partielle ou un évidement sont insuffisants.

Quant à l'amputation sous-astragalienne, c'est une opération excellente dont la valeur a été surabondamment démontrée, en particulier par Maurice Perrin. On fournit de la sorte au corps une excellente base de sustentation, à la condition toutefois de prendre comme lambeau la peau du talon.

L'enclavement de l'astragale entre la mortaise tibio-péronière en haut, le calcanéum en bas et en arrière, et le scaphoïde en avant, son union si solide avec le calcanéum par le ligament interosseux, permettent à peine de comprendre