

deux d'entre elles, il a fait suivre la myotomie à ciel ouvert de l'ostéotomie linéaire; dans la troisième, la myotomie à ciel ouvert a suffi à procurer le redressement.

Quoi qu'il en soit, qu'on ait eu recours ou non à la ténotomie, toutes les fois qu'on pratique le redressement forcé de la hanche, on doit prendre de grandes précautions. M. Duplay<sup>(1)</sup> dit connaître plusieurs cas de rupture de la veine fémorale. Volkmann<sup>(2)</sup>, dans un cas, a causé des désordres étendus chez un enfant, en pratiquant le redressement forcé. Mac Ewen a vu la mort survenir en quelques heures, avec les signes d'une hémorragie interne. Dans un autre cas rapporté par le même auteur, il y eut une rupture de l'os iliaque. De pareils faits montrent que le redressement forcé a ses limites, et que, plutôt que de s'exposer à des désastres, il vaut mieux recourir à une autre méthode.

On n'ignore pas que, pendant les tentatives de redressement forcé, les chirurgiens ont parfois produit involontairement une fracture, soit du col, soit de l'extrémité supérieure du fémur. Le résultat de cette fracture accidentelle a souvent été fort avantageux. Aussi Maisonneuve proposa-t-il, en 1852<sup>(3)</sup>, de fracturer le col du fémur pour remédier aux ankyloses de la hanche. Dans sa thèse d'agrégation, M. Pousson<sup>(4)</sup> a relevé 18 observations d'ostéoclasie pratiquée pour ankylose de la hanche, sans avoir à enregistrer une seule mort. C'est donc là une méthode qui peut donner des résultats avantageux; toutefois il est à craindre, pour les articulations qui ont été le siège de suppuration, de voir les phénomènes inflammatoires se réveiller sous l'influence de la violence exercée pour arriver à la fracture. Aussi, pour notre part, donnons-nous la préférence à l'ostéotomie, opération beaucoup plus précise dans son application, et qui s'exécute sans violence exercée sur l'articulation.

Rhéal Barton (de Philadelphie) est le premier qui ait eu recours à l'ostéotomie pour remédier à l'ankylose de la hanche. Son opération, pratiquée en 1826 et publiée l'année suivante dans le *North American medical and surgical Journal*, fut suivie d'un plein succès. Quatre ans plus tard, Kearny Rodgers pratiquait la même opération. En 1847, Maisonneuve<sup>(5)</sup> imitait l'exemple des deux chirurgiens américains, et obtenait un excellent résultat. Depuis lors, l'opération a été pratiquée un grand nombre de fois, et elle a subi diverses transformations.

En 1862, Sayre créait un procédé nouveau, l'ostéotomie enarthrodiale, en creusant dans le fragment supérieur du fémur une véritable cavité articulaire; il obtenait ainsi deux guérisons avec conservation étendue des mouvements.

En 1869, Adams pratiquait la section sous-cutanée du col du fémur. En 1872, Gant fait connaître l'ostéotomie linéaire sous-trochantérienne; Volkmann perfectionne, en 1874, cette dernière opération, en enlevant, dans certains cas où la difformité est très prononcée, un coin osseux à base externe.

D'après cela, on peut établir la classification suivante, que nous empruntons à la thèse de M. Campenon<sup>(6)</sup>:

<sup>(1)</sup> FOLLIN et DUPLAY, *Traité élémentaire de path. externe*, t. VII, p. 874.

<sup>(2)</sup> *Centralblatt für Chir.*, 1885, p. 249, n° 15.

<sup>(3)</sup> MAISONNEUVE, *Gaz. des hôp.*, 1852.

<sup>(4)</sup> POUSSON, *De l'ostéoclasie*. Thèse d'agrég. en chir., 1886.

<sup>(5)</sup> *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1847-1848, t. XIII, p. 547.

<sup>(6)</sup> CAMPENON, *Du redressement des membres par l'ostéotomie*. Thèse d'agrég. de Paris, 1885, p. 129.

D'après son siège, l'ostéotomie est :

- 1° Trochantérienne;
- 2° Sous-trochantérienne;
- 3° Du col fémoral.

D'après la forme de l'incision, elle est :

- 1° Linéaire;
- 2° Cunéiforme;
- 3° Enarthrodiale.

Rhéal Barton<sup>(1)</sup> fit porter sa section vers le milieu du grand trochanter et la dirigea obliquement en dedans au niveau de la base du col. Ce fut la même opération que pratiqua Maisonneuve. Il eut de la suppuration, des éliminations d'esquilles, et un accident opératoire, la section du nerf sciatique; cependant la guérison fut obtenue en deux mois avec un raccourcissement de 10 centimètres.

Adams s'efforça de faire une opération sous-cutanée. Par une plaie étroite, il glissa une petite scie, à l'aide de laquelle il sectionna le col du fémur oblique-

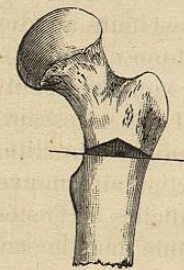


Fig. 161. — Ostéotomie enarthrodiale. (Adams.)

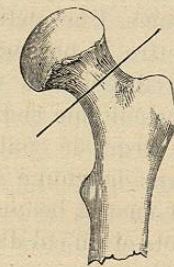


Fig. 162. — Ostéotomie du col. (Adams.)

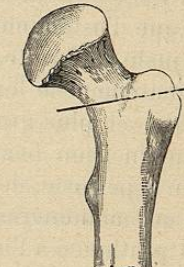


Fig. 163. — Ostéotomie intra-trochantérienne. (Rhéal Barton.)

ment. Gant<sup>(2)</sup> transporta au-dessous des trochanters la section linéaire pratiquée par Adams. Cette opération est devenue beaucoup plus facile et aussi plus bénigne depuis que l'ostéotome de Mac Ewen a été substitué à la scie. Elle constitue aujourd'hui la méthode de choix.

Toutefois il est des cas dans lesquels la déformation est tellement considérable qu'on ne saurait plus se contenter d'une section linéaire; c'est alors que l'ostéotomie cunéiforme trouve son application. Après avoir excisé, au-dessous des trochanters, un coin osseux dont la base est tournée en dehors et mesure une hauteur proportionnelle au degré de déviation qu'il s'agit de corriger, Volkmann conseille de placer le membre dans l'abduction, de façon à compenser, en partie du moins, le raccourcissement.

Mais on est allé plus loin, et l'on s'est efforcé d'obtenir, après l'ostéotomie une pseudarthrose mobile. Déjà, avons-nous dit, Sayre, en 1862, avait imaginé son procédé d'ostéotomie enarthrodiale. Après avoir incisé circulairement le périoste, immédiatement au-dessus du petit trochanter, il fait deux sections osseuses, la plus inférieure perpendiculaire à l'axe du fémur, la seconde, située au-dessus de la précédente, d'abord oblique en haut et en dehors, puis en bas et en dehors, à la façon d'un accent circonflexe; il détermine ainsi du côté du bout supérieur du fémur une excavation, à laquelle il adapte l'extrémité supérieure du bout

<sup>(1)</sup> *North. Amer. and surg. Journal*, 1827, p. 290.

<sup>(2)</sup> GANT, *The Lancet*, déc. 1872.

inférieur en l'arrondissant légèrement. Il a réussi par ce procédé à obtenir, chez deux malades, des articulations mobiles. De son côté, Volkmann, en 1880, reprit la même idée (1). Dans le but de conserver l'action du psoas sur le fragment inférieur, il choisit comme lieu d'élection la région trochantérienne; après avoir fait la section de l'os à ce niveau, il excave le fragment supérieur auquel il adapte l'extrémité supérieure du fragment inférieur arrondie, dans le but d'obtenir une néarthrose mobile. Plus tard, Volkmann modifia son procédé, et proposa de faire porter la section de l'os à l'union de la tête du fémur avec le col, afin d'avoir une articulation se rapprochant autant que possible du type de l'articulation normale.

Tout d'abord il semble évident que la recherche d'une néarthrose mobile doive être l'idéal de la chirurgie. Toutefois la question mérite d'être discutée. Il n'est pas douteux en effet que les manœuvres nécessaires pour obtenir la constitution d'une nouvelle articulation ne soient beaucoup plus compliquées et beaucoup plus graves que celles de l'ostéotomie pure et simple. Chez un sujet dont les viscères sont en bon état, rien n'est plus simple, et d'une bénignité plus grande que l'ostéotomie sous-cutanée. Une petite incision est faite aux téguments, juste suffisante pour permettre le passage de l'ostéotome; celui-ci sectionne nettement le fémur, et le redressement s'opère sans violence. Tout est compliqué et plus grave dans l'ostéotomie enarthrodiale. Il est nécessaire de faire une incision beaucoup plus large, de contourner le fémur en totalité, de décoller le périoste, de creuser avec la gouge une cavité articulaire nouvelle. Toutes ces manœuvres deviennent encore beaucoup plus difficiles, si l'ostéotomie est pratiquée à l'union de la tête et du col du fémur, comme dans le second procédé de Volkmann; en effet, l'opération se passe à une grande profondeur. Son pronostic doit être assimilé à celui de la résection de la hanche, et non à celui de l'ostéotomie linéaire. Du moins, les résultats obtenus compensent-ils cette gravité et ces difficultés spéciales de l'opération? Malheureusement non; en dépit de l'enlèvement d'un segment osseux intermédiaire assez considérable, en dépit de l'extension continue et de la mobilisation hâtive imprimée au foyer opératoire, on voit le plus souvent la consolidation osseuse s'effectuer, laissant ainsi en pure perte la complexité de l'acte opératoire. Aussi concluons-nous en disant, avec M. Ollier, que « nous préférons la simple ostéotomie du fémur, qui nous paraît toujours l'opération de choix, celle qui doit rendre au malade les meilleurs services au point de vue fonctionnel » (2).

Nous ne pouvons faire le même reproche au dernier procédé opératoire dont il nous reste à parler, l'ostéotomie oblique du fémur, adaptée au traitement de l'ankylose vicieuse de la hanche, dont MM. Terrier et Hennequin (3), M. Broca (4) ont publié des exemples. On sait que M. Ollier a proposé l'ostéotomie longitudinale pour parer à certains raccourcissements des membres. C'est l'application de cette même idée qui a été faite au traitement des ankyloses vicieuses de la hanche par les auteurs que nous venons de nommer. Sans doute, l'opération est un peu plus compliquée que l'ostéotomie linéaire pure et simple;

(1) VOLKMANN, *Centralblatt für Chir.*, 1880, n° 5, p. 65.

(2) OLLIER, *Traité des résections*, t. III, p. 84.

(3) TERRIER et HENNEQUIN, *Ostéotomie oblique du fémur pour ankylose vicieuse de la hanche. Revue d'orthop.*, 1892, n° 1, p. 25.

(4) A. BROCA, *Ibidem*, p. 40.

mais elle a l'avantage de combattre le raccourcissement dans les cas où celui-ci est très prononcé.

Restent les cas dans lesquels l'attitude vicieuse du membre coexiste avec des trajets fistuleux, des douleurs, une subluxation, des altérations des surfaces articulaires; dans ces cas, c'est à la résection de la hanche qu'il faut donner la préférence. Elle aura le double avantage de permettre le redressement du membre et de supprimer les lésions osseuses qui entretiennent la suppuration et les douleurs.

Nous devons, en terminant, nous occuper des faits dans lesquels l'ankylose coxo-fémorale est double; ces cas constituent, en effet, une infirmité des plus pénibles et donnent naissance à des indications opératoires spéciales. La coxalgie double est loin d'être fréquente; mais la double ankylose coxo-fémorale peut succéder à des arthrites infectieuses ou de nature rhumatismale. Suivant que la double ankylose est complète ou incomplète, suivant la position occupée par les membres, l'infirmité est plus ou moins gênante. S'il reste encore quelques mouvements dans l'une des deux articulations, grâce aux mouvements supplémentaires qui se passent dans les articulations du bassin et du genou, le malade peut marcher. Lorsque, au contraire, les deux hanches sont complètement ankylosées et que les membres inférieurs sont dans l'extension complète, la situation est des plus pénibles; le malade ne peut s'asseoir, et il ne progresse qu'avec les plus grandes difficultés. La situation est également très défavorable si l'ankylose double est survenue dans une flexion forcée, comme c'était le cas chez un malade de M. Ollier; cet homme ne pouvait avancer qu'en prenant point d'appui avec les mains sur un objet qu'il poussait devant lui, et le corps complètement courbé en avant. Une ankylose double dans l'abduction exagérée place également le malade dans les conditions les plus fâcheuses au point de vue de la marche et de la station. Il est en effet obligé, pour marcher, de se tenir accroupi, les genoux fortement fléchis, et de prendre point d'appui sur le sol avec les mains. L'adduction combinée à la flexion donne naissance à des conditions plus favorables; pour peu, en effet, que l'un des deux membres inférieurs soit plus fléchi et placé dans une adduction plus forte que l'autre, les deux genoux s'entre-croisent, et le malade peut avancer, par une série de petits bonds, en projetant en avant la jambe qui est placée sur un plan antérieur. C'est à ce mode de progression que les auteurs anglais ont donné le nom de *cross-legged deformity*, jambes en croix (1).

La conduite à tenir en pareil cas varie nécessairement suivant les conditions particulières dans lesquelles on se trouve placé. Si l'ankylose est incomplète d'un côté, on peut imiter l'exemple de Croft (2), qui fit une ostéotomie sous-trochantérienne du côté gauche, et pratiqua, à droite, la rupture des adhérences. Dans l'*American Journal* de 1885 (3), H.-R. Wharton rapporte le cas d'une petite fille de huit ans sur laquelle, à quelques semaines d'intervalle, il fit deux ostéotomies. Le résultat de ces deux opérations fut bon, et la petite malade put quitter l'hôpital, marchant facilement à l'aide d'une bottine à talon élevé pour le pied droit. De même, dans le cas auquel nous avons fait allusion précédemment, chez une jeune fille de treize ans, M. Page pratiqua successivement des deux

(1) LUCAS, *The Lancet*, 1880, vol. II, p. 696, 1009, et FRÉDÉRICK PAGE, *The Lancet*, 21 mars 1891, p. 659.

(2) CROFT, *The Lancet*, 1880, p. 697.

(3) H.-R. WHARTON, *American Journal of med. sciences*, 1885, t. LXXXVI, p. 101.

côtés la section sous-cutanée du col fémoral. Toutefois, on peut se demander avec Volkmann, qui étudie la question dans un travail spécial, si la double ostéotomie ne présente pas, en pareil cas, un très grave inconvénient<sup>(1)</sup>. En effet, la station est bien rendue facile par le redressement, mais la marche est singulièrement malaisée, avec deux membres inférieurs ankylosés dans la rectitude au niveau de l'articulation coxo-fémorale. D'autre part, il est à craindre, si l'on pratique une double résection de la hanche, qu'on obtienne des membres mobiles sans doute, mais ne possédant pas une suffisante solidité. Aussi Volkmann conclut-il à la résection d'un côté avec ostéotomie du côté opposé. Déjà, du reste, dans un cas publié par le docteur Mordhorst<sup>(2)</sup>, Langenbeck avait tenu cette conduite. Dans un cas d'ankylose double, il avait fait à droite la résection; trois semaines plus tard, il pratiqua sur le côté gauche une ostéotomie. Or, il est dit dans l'observation que le résultat obtenu par l'ostéotomie fut supérieur à celui donné par la résection. A son tour, M. Ollier<sup>(3)</sup> envisage la question, et il la résout dans le même sens que Volkmann et que Langenbeck, c'est-à-dire qu'il conseille comme eux la résection de la hanche sur l'un des côtés, et sur l'autre une ostéotomie. De cette façon, on combine les avantages de la mobilité à une solidité suffisante, on permet au malade de s'asseoir, et l'on rend beaucoup plus facile la progression.

(1) VOLKMANN, *Osteotomie und Resektion am Oberschenkel bei Hüftgelenksankylose, mit besonderer Berücksichtigung der Fälle von doppelseitiger Ankylose*, *Centr. für Chir.*, 11 avril 1885.

(2) MORDHORST, *Arch. für klin. Chir.*, 1884.

(3) OLLIER, *Traité des résections*, t. III, p. 84.

FIN DU TOME VIII ET DERNIER

## TABLE DES MATIÈRES

du tome VIII et dernier

### TROISIÈME PARTIE

MALADIES DES RÉGIONS (SUITE)

#### VULVE ET VAGIN

(M. le D<sup>r</sup> P. Michaux.)

##### VULVE

I. — Lésions traumatiques . . . . .	1
1° Contusions de la vulve . . . . .	1
2° Plaies et déchirures . . . . .	1
II. — Lésions inflammatoires . . . . .	2
1° Vulvite . . . . .	2
2° Inflammation de la glande de Bartholin . . . . .	5
III. — Lésions vitales et organiques . . . . .	7
A. Varices de la vulve. — Tumeurs variqueuses. — Thrombus obstétrical . . . . .	7
B. Éléphantiasis de la vulve . . . . .	8
C. Végétations . . . . .	9
D. Esthiomène de la vulve . . . . .	10
E. Kraurosis vulvæ . . . . .	10
F. Leucoplasie vulvaire et vulvo-vaginale . . . . .	11
G. Tumeurs de la vulve . . . . .	11
1° Tumeurs des grandes lèvres . . . . .	11
A. Tumeurs liquides . . . . .	11
B. Tumeurs solides . . . . .	14
2° Tumeurs des petites lèvres et du clitoris, du vestibule et de la région hymenale . . . . .	15
3° Tumeurs polypoïdes du méat urinaire et de l'urèthre . . . . .	16
4° Cancer de la vulve . . . . .	19
IV. — Vaginisme. — Hyperesthésie vulvaire . . . . .	21

##### VAGIN

CHAPITRE PREMIER. — Lésions traumatiques . . . . .	24
I. — Plaies du vagin . . . . .	24
II. — Corps étrangers du vagin . . . . .	25
CHAPITRE II. — Lésions vitales et organiques du vagin . . . . .	28
Inflammations. — Vaginites . . . . .	28
CHAPITRE III. — Rétrécissements du vagin . . . . .	34