

En outre, comme le fait remarquer MIKULICZ, en se basant sur sa propre expérience, le redressement peut entraîner une autre conséquence grave, à savoir une paralysie du nerf sciatique poplité externe, lequel peut avoir souffert de l'extension forcée, ou avoir été blessé lors de la section du ligament latéral externe. C'est surtout cette dernière opération qui est à redouter sous ce rapport; en effet, d'après MIKULICZ, on a observé à la clinique de BILLROTH un cas de paralysie du nerf sciatique poplité externe dû à cette cause.

Cette méthode a donc, en somme, peu d'avantages sur celle du redressement graduel, et elle offre un certain nombre d'inconvénients. Aussi croyons-nous devoir la déconseiller d'une manière générale, et nous donnons la préférence aux méthodes sanglantes, surtout chez les individus d'un certain âge qui sont affectés d'un haut degré de genu valgum.

§ 111. — Les cas de genu valgum très prononcé, chez les personnes qui ont dépassé la vingtième année, sont tous justiciables d'une opération lorsqu'ils s'accompagnent de troubles fonctionnels graves. D'autre part, chez un grand nombre d'individus plus jeunes offrant un degré extrême de déviation du membre inférieur, l'ostéotomie se recommande à cause de la sûreté de son action et de la durée relativement courte du traitement consécutif.

Si l'on se rappelle notre manière de voir, au sujet de l'étiologie du genu valgum, on devine aisément que la méthode de traitement que nous considérons comme rationnelle, est celle qui consiste à pratiquer l'ostéotomie cunéiforme des os déviés. Or, pour corriger l'incurvation du membre on s'est attaqué non seulement au tibia et au fémur, mais aussi aux extrémités articulaires elles-mêmes, et c'est cette dernière opération que nous voulons décrire d'abord brièvement.

Vu les limites restreintes de notre ouvrage, nous ne pouvons donner qu'un court aperçu de ces méthodes opératoires pour autant qu'elles ont une importance pratique. La bibliographie concernant la correction du genu valgum par des opérations antiseptiques, a pris, dans ces derniers temps, une extension énorme qui ne semble guère justifiée à première vue. Nous renvoyons le lecteur, qui voudrait être renseigné exactement à ce sujet, au travail de MIKULICZ dans lequel nous avons souvent puisé, ainsi qu'à la traduction du livre de WILLIAM MACEWEN (*Die Ostéotomie*, etc. Stuttgart, 1881, traduit par WITTELSHOEFER). (Traduit aussi en français par DEMONS, Paris, 1882.)

1. De la correction du genu valgum par des opérations pratiquées sur le genou. c'est-à-dire sur la partie articulaire du condyle interne (ostéo-arthrotomie).

Nous passerons sous silence les anciennes opérations telles que la résection totale du genou, dont il peut être question tout au plus dans les cas où l'articulation a été complètement détruite par l'arthrite déformante, comme aussi le procédé d'ANNANDALE qui consiste à scier le

condyle interne après ouverture de l'articulation. Par conséquent, nous avons à décrire en premier lieu la méthode opératoire d'OGSTON.

L'opération d'OGSTON consiste à détacher le condyle interne du fémur par une incision en quelque sorte sous-cutanée, de façon que cette partie de l'articulation puisse, au moment du redressement, se déplacer suffisamment pour effacer l'inégalité de niveau des deux condyles.

On désinfecte tout d'abord le champ opératoire suivant les règles de la méthode antiseptique, et le membre étant fortement fléchi, on plonge un bistouri pointu et étroit d'environ 7 centimètres de longueur, à 6 ou 7 centimètres au-dessus de l'épicondyle interne et au milieu de la face interne du fémur, et l'on dirige la lame de l'instrument en bas et en dehors jusqu'à ce que la pointe soit arrivée dans l'échancrure intercondylienne. On retire ensuite le bistouri en pressant contre la surface osseuse le tranchant de la lame, de façon à diviser toutes les parties molles jusqu'à l'os. En retirant l'instrument, on agrandit l'ouverture cutanée autant qu'on le juge nécessaire pour l'introduction de la scie. Le bistouri enlevé est remplacé par la scie étroite ou scie passe-partout — OGSTON emploie celle d'ADAMS — que l'on introduit dans le trajet de la plaie sous-cutanée, et avec laquelle on scie le condyle interne d'avant en arrière et dans la direction de l'incision des parties molles. Si l'on ne sent pas la pointe de la scie dans l'échancrure intercondylienne, on met la jambe dans l'extension et l'on soulève la rotule, que l'on refoule un peu en dehors, de façon que l'instrument puisse se mouvoir librement. Lorsque la rotule offre déjà un certain degré de luxation en dehors, on sent la pointe de la scie alors même que le genou est fléchi, et l'on peut alors scier le condyle dans cette position. Le redressement que l'on pratique ensuite, achève la séparation de l'os. Puis vient la suture de la plaie, que l'on recouvre d'un pansement antiseptique. Le plus souvent, une hémarthrose succède à l'opération, mais le sang épanché ne tarde pas à disparaître par résorption. La guérison s'opère en cinq à six semaines, et, au dire d'OGSTON, avec conservation des mouvements de l'articulation.

L'opération d'OGSTON n'a presque jamais pour résultat de détacher le condyle interne suffisamment pour que ce dernier remonte simplement au moment du redressement. En général, dans les opérations pratiquées sur le cadavre, il se produit un écartement plus ou moins considérable des deux condyles au niveau du trait de scie, et certainement, il en est de même assez souvent sur le vivant, comme THIERSCH l'a prouvé par l'examen d'une pièce anatomique provenant d'une personne qui avait succombé rapidement, à la suite de l'opération.

L'opération d'OGSTON a pris de bonne heure une grande extension, et il est certain que dans une série de cas elle a permis d'obtenir la guérison avec un genou mobile. Par contre, chez un grand nombre d'opérés, l'articulation a conservé un état de raideur avec et sans suppuration; enfin dans quelques cas publiés, et probablement dans un plus grand nombre encore que l'on n'a pas livrés à la publicité, l'opéré a succombé à la septicémie.

Pour ma part, j'ai été, dès le début, opposé à l'opération d'OGSTON, et



dans ces derniers temps, des chirurgiens de renom se sont prononcés dans le même sens. Je suis complètement de l'avis de VOLKMANN qui admet bien que cette intervention chirurgicale ait une grande importance théoriquement, c'est-à-dire au point de vue de la doctrine de l'antisepsie, mais ne trouve pas bon qu'elle acquière par trop la faveur des chirurgiens, car la moindre faute commise dans le cours de l'opération ou dans l'application du pansement, peut entraîner la mort de l'opéré par septicémie aiguë. *D'une manière générale, je considère la méthode opératoire d'Ogston comme défectueuse.* En effet, non seulement elle s'attaque à l'articulation elle-même, tandis qu'il est rationnel, au point de vue physiologique, d'opérer sur les os eux-mêmes dont la déviation est la cause du genu valgum, mais, en outre, elle peut compromettre à un haut degré les fonctions du membre. Un fait bien connu, c'est que, précisément au genou, l'arthrite déformante ne se développe que trop volontiers à la suite de fractures intra-articulaires mal guéries. Or en pratiquant l'opération d'OGSTON, nous réalisons précisément des conditions favorables à la production des altérations graves qui constituent cette forme d'affection articulaire, et nous avons la ferme conviction que chez nombre de malades guéris à la suite de cette intervention, l'arthrite déformante qui se développe plus tard, a de graves conséquences au point de vue fonctionnel. Du reste, au Congrès de Copenhague, OGSTON a renoncé lui-même à sa méthode, en faveur de l'ostéotomie pratiquée suivant le procédé de MACEWEN.

D'après ce que nous venons de dire il est évident que nous ne pouvons juger favorablement la modification que REEVES a apportée à l'opération d'OGSTON, bien que nous accordions que l'emploi du ciseau, au lieu de la scie, ait tout au moins l'avantage de ne pas laisser de corps étranger dans l'articulation; en outre, l'opération de REEVES détermine une lésion moins grave de l'articulation elle-même.

REEVES propose de sectionner le condyle interne par voie sous-cutanée, à l'aide d'un ciseau. Dans ce but, il divise la peau et le périoste, au niveau de la partie la plus saillante du condyle interne; puis il introduit dans la plaie un ciseau qu'il dirige transversalement et sur lequel il frappe quelques coups de maillet; il retire ensuite l'instrument et le place de façon que les coups de maillet le chassent en avant, puis que la lame pénètre d'avant en arrière. Vient ensuite le redressement jusqu'à extension complète du membre. Enfin la plaie est recouverte d'un pansement antiseptique (REEVES se sert simplement de coton-charpie imbibée d'huile phéniquée), et le membre est immobilisé au moyen d'une attelle externe. Au bout de 15 jours on applique un appareil inamovible que l'on n'enlève qu'au bout de 4 semaines chez les enfants, et de 6 à 8 semaines chez les adultes. Plus le cartilage a été respecté dans le cours de l'opération, et plus on est sûr de la guérison.

2. De la correction du genu valgum par l'ostéotomie pratiquée sur la diaphyse des os qui ont pris part à la déformation.

S'il est vrai que la diaphyse dans le voisinage de l'épiphyse est, par le fait de sa déviation, la cause du genu valgum, la seule méthode opératoire rationnelle est celle qui a pour but de redresser cette partie de l'os, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer plusieurs fois. Cette méthode a sur celles dont nous avons parlé jusqu'ici, l'avantage de laisser intact le mécanisme de l'articulation, et, par conséquent, de ne pas exposer cette dernière aux troubles fonctionnels signalés plus haut. En outre, le danger de mort est certainement moindre, car la plaie produite par l'ostéotomie, tolère bien mieux un léger degré d'infection, sans inconvénient grave pour l'opéré, que la plaie compliquée résultant d'une ostéo-arthrotomie.

Il serait certainement rationnel de pratiquer toujours l'opération sur l'os dont la courbure anormale prend la plus grande part à la déviation du membre. Grâce à la méthode indiquée plus haut pour la détermination de l'angle de base du genou (page 630), on peut arriver à reconnaître approximativement le degré d'incurvation du fémur et du tibia. En Allemagne ce n'est que dans ces derniers temps que l'on a commencé à tenir compte du résultat de ces mensurations, et à pratiquer l'ostéotomie sur le fémur dans certains cas, tandis que l'on opérait jusqu'ici sur le tibia. Du reste, l'ostéotomie du tibia avait donné, en somme, des résultats rapides et durables. Lorsque cet os n'était pas seul en cause, c'est lui qui servait à compenser la part de déviation du membre due à l'incurvation du fémur.

BILLROTH a, déjà avant la découverte de la méthode antiseptique, plaidé avec succès en faveur de l'ostéotomie du tibia au-dessous de la tubérosité antérieure de cet os, opération qui a été pratiquée pour la première fois par MEYER, et il en a obtenu lui-même un certain nombre d'heureux résultats.

A environ 2 centimètres au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia on fait une incision transversale, longue de 1 1/2 centimètre allant jusqu'à l'os, puis à l'aide d'un ciseau introduit dans la plaie, on divise le tibia transversalement dans différentes directions. C'est surtout la substance compacte de la face externe de l'os qui doit être sectionnée au moyen du ciseau. On bourre ensuite la plaie de gaze chiffonnée et l'on détermine la fracture du tibia; ce dernier temps de l'opération ne doit pas présenter de difficulté. Lorsque l'incurvation est très prononcée et que le redressement ne peut être opéré facilement, BILLROTH pratique, en outre, à l'aide du ciseau, la section transversale du péroné proposée par SCHEDE (à 2 ou 3 centimètres au-dessous de la tête de cet os). On applique un pansement de Lister, et à la troisième semaine on immobilise le membre redressé dans un appareil plâtré. On renouvelle ce der-