

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-