

EXTRAIT
de la
Revue d'Orthopédie.

E. KIRMISSON

COMPTE RENDU
DU SERVICE CHIRURGICAL ET ORTHOPÉDIQUE
DES ENFANTS-ASSISTÉS

DU 1^{er} DÉCEMBRE 1889 AU 1^{er} DÉCEMBRE 1890

G. MASSON, ÉDITEUR



www.dlibra.wum.edu.pl

Br. 6854

**Biblioteka Główna
WUM**

Biblioteka Główna WUM

Br. 6854



000024956

COMPTE RENDU

DU SERVICE CHIRURGICAL ET ORTHOPÉDIQUE

DES ENFANTS-ASSISTÉS

du 1^{er} décembre 1889 au 1^{er} décembre 1890,

par M. le Dr E. KIRMISSON.

Lorsque, au 1^{er} décembre 1889, je pris la direction du service chirurgical à l'hôpital des Enfants-Assistés, ce service ne comportait point de consultation externe qui lui fût annexée, comme cela existe dans la plupart des hôpitaux de Paris. Le service de médecine seul possédait une consultation; je demandai et, grâce à la bienveillance de M. le directeur général de l'Assistance publique, j'obtins aisément qu'une consultation chirurgicale et orthopédique fût ouverte, consultation qui devait alterner avec celle de médecine, et avoir lieu, comme cette dernière, trois fois par semaine (1). C'est le compte rendu de cette consultation pendant la première année de son fonctionnement, c'est-à-dire du 1^{er} décembre 1889 au 1^{er} décembre 1890, que

(1) Les consultations médicales des Enfants-Assistés ont lieu les lundi, mercredi et vendredi, et les consultations chirurgicales les mardi, jeudi et samedi, à neuf heures.

nous désirons présenter ici. Nous y joindrons le compte rendu des opérations pratiquées pendant le même temps dans le service intérieur de l'hôpital.

I

Mouvement des malades à la consultation.

A peine ouverte, la consultation chirurgicale et orthopédique des Enfants-Assistés s'est développée rapidement, de telle sorte que 471 *nouveaux* malades se sont présentés à cette consultation dans le cours de la première année. Comme la plupart de ces malades suivent à la consultation un traitement plus ou moins prolongé, il est permis d'affirmer que le nombre total des consultants pendant l'année 1889-1890 n'a pas été inférieur à 5,000. Pour le seul mois d'août, ce nombre s'est élevé à 600.

Afin de fournir une idée du développement de notre consultation, nous donnerons, mois par mois, le chiffre des malades qui s'y sont présentés.

Décembre 1889	9	<i>malades nouveaux.</i>
Janvier 1890	26	—
Février	21	—
Mars	45	—
Avril	48	—
Mai	57	—
Juin	51	—
Juillet	46	—
Août	29	—
Septembre	42	—
Octobre	56	—
Novembre	41	—
Total	471	

Si nous laissons de côté les trois premiers mois pendant lesquels le nombre des consultants a été peu considérable et

qui correspondent à la période d'organisation de la consultation, nous voyons que, pour les neuf mois suivants, la moyenne des malades nouveaux a été de quarante-six par mois.

Parmi ces malades, un bon nombre étaient porteurs d'affections intéressant la chirurgie générale, maladies des os et des articulations, de la peau et du tissu cellulaire, des yeux; nous les passerons ici sous silence, et nous n'examinerons d'une manière spéciale que ceux ayant trait à l'orthopédie.

A. — SCOLIOSES.

Les malades scoliotiques qui se sont présentés à notre consultation ont été au nombre de 68.

Sur ce nombre, nous trouvons 51 filles, et seulement 15 garçons.

Étudiés au point de vue de l'âge, ces 68 malades se répartissent de la façon suivante :

De 0 à 5 ans	2
De 5 à 10 ans.	15
De 10 à 15 ans	33
De 15 à 20 ans	10
21 ans	1

Quant au siège occupé par la scoliose, 50 fois il s'agissait de scoliozes dorsales primitives, dont 35 à convexité droite, et 15 à convexité gauche.

9 scoliozes occupaient la région cervico-dorsale; de ce nombre, 5 avaient leur convexité tournée à droite, et 4 leur convexité dirigée à gauche.

Quatre fois il s'agissait de scoliozes dorso-lombaires, c'est-à-dire dans lesquelles la courbe s'étendait à la fois aux régions dorsale et lombaire de la colonne vertébrale; de celles-ci, 3 avaient leur convexité tournée à gauche; une seule était à convexité droite.

Les scolioses lombaires primitives ont été au nombre de 3 ; et toutes 3 avaient la convexité de leur courbure tournée à gauche.

Quant à l'étiologie, un bon nombre de ces malades présentaient, soit des antécédents, soit des lésions actuelles manifestement attribuables au rachitisme. Nous n'y insisterons pas ; 4 de nos malades surtout méritent d'être signalés au point de vue de l'étiologie ; chez 2 d'entre elles, nous avons pu constater une inégalité de longueur des membres inférieurs ; 2 autres présentaient, en même temps que leur scoliose, une luxation congénitale de la hanche.

Nous avons à peine besoin de rappeler que, dans ces dernières années, on a beaucoup insisté sur l'inégalité de longueur des membres inférieurs comme cause de la scoliose ; Morton est même allé jusqu'à dire que, loin d'être l'exception, cette inégalité de longueur des membres pelviens constituait bien plutôt la règle. Je ne manque jamais, dans tous les cas de scoliose qui s'offrent à mon examen, de pratiquer la mensuration soigneuse des membres inférieurs ; et, je dois le dire, c'est très exceptionnellement que j'ai rencontré entre eux une inégalité de longueur.

Des deux cas auxquels je fais allusion ici, le premier a trait à une jeune fille de treize ans, qui présentait une scoliose lombaire primitive à convexité gauche ; chez elle, la mensuration pratiquée de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la pointe de la malléole externe, donnait, à gauche, 84 centimètres et demi, et 83 seulement à droite ; ce qui représente une différence de longueur de 1 centimètre et demi en faveur du membre gauche. Le père de cette jeune fille aurait lui-même une jambe légèrement plus courte que l'autre.

Dans le second cas, une jeune fille de quinze ans présentait une légère scoliose occupant la totalité de la région dorsale, avec convexité tournée à droite. Le bassin était obliquement dirigé, l'épine iliaque antérieure et supé-

rière se trouvant sur un plan plus élevé que celle du côté opposé. A la mensuration, on trouvait à gauche, 83 centimètres de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la pointe de la malléole externe, et 82 centimètres seulement pour le membre droit, c'est-à-dire 1 centimètre de plus en faveur du membre gauche.

Des deux cas de scoliose coïncidant avec une luxation congénitale du fémur, l'un a trait à une luxation bilatérale, l'autre à une luxation unilatérale.

La luxation bilatérale existait chez une petite fille de huit ans, qui présentait en même temps une scoliose dorsale à convexité droite. Au dire des parents, on s'est aperçu de la difformité du bassin à l'âge de vingt-deux mois, lorsque l'enfant a commencé à marcher. Il existe une double luxation de la hanche ; la tête est située, de chaque côté, dans la partie supérieure de la fosse iliaque externe, à cinq centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton. La tête est assez solidement fixée dans sa situation ; et sous l'influence des tractions exercées sur le membre, elle ne décrit que des excursions insignifiantes. Il existe une ensellure considérable. En outre, l'enfant présente une scoliose dorsale à convexité droite, occupant toute la hauteur de la région avec courbure de compensation en sens inverse à la région lombaire. La flèche de la courbure dorsale mesure environ 1 centimètre. Au moment où l'enfant nous a été présentée, à l'âge de huit ans, la déviation scoliotique, au dire de la mère, remontait à six mois.

Dans le second cas, il s'agissait d'une luxation congénitale unilatérale de la hanche. La luxation siégeait à droite, et coïncidait avec une scoliose dorsale à convexité droite. Comme dans le premier cas, on s'était aperçu pour la première fois de la difformité pelvienne quand l'enfant avait commencé à marcher, c'est-à-dire à l'âge de quinze mois. Actuellement, la tête du fémur est facilement appréciable dans la fosse iliaque externe. Il est possible de lui imprimer des mouvements d'ascension et de descente très

étendus ; les excursions de la tête ne mesurent pas moins de 2 centimètres de hauteur. Le grand trochanter est à 44 centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton ; le raccourcissement mesure 6 centimètres. Il existe une courbure sigmoïde de la colonne vertébrale ; la courbure dorsale principale a sa convexité tournée à droite ; elle commence au niveau de la troisième vertèbre dorsale, et occupe toute la partie sous-jacente de la région dorsale. Sa flèche mesure 2 centimètres et demi environ. La région cervicale et la région lombaire présentent deux courbures de compensation en sens inverse de la courbure dorsale principale.

A bis. — CYPHOSE ET LORDOSE.

Outre les scolioses dont nous venons de rendre compte, et dont plusieurs étaient associées à de la cyphose, nous avons observé 10 cas de cyphoses pures, la plupart manifestement reliées au rachitisme ; nous n'avons recueilli, au contraire, qu'un seul cas de lordose isolée, chez une petite fille de trois ans.

B. — PIED-BOT.

Les pieds-bots qui se sont présentés à notre consultation dans le cours de l'année 1889-1890 ont été au nombre de 34. Là-dessus, nous comptons 9 pieds-bots acquis, et 25 pieds-bots d'origine congénitale.

a). *Pieds-bots acquis.* — Des 9 pieds-bots acquis, 3 étaient des équins purs, deux fois il s'agissait de varus équin ; deux étaient des varus purs ; 1 était un valgus, 1 un talus. Tous ces pieds-bots étaient d'origine paralytique.

b.) *Pieds-bots congénitaux.* — Ceux-ci, au nombre de 25, se décomposent de la façon suivante : 7 étaient doubles, 3 siégeaient à gauche, et 11 à droite. Dans les autres cas, on a oublié la désignation du côté atteint ; quant au sens de la déformation, 24 fois il est noté qu'il s'agissait de varus

équins; une fois seulement, il est spécifié que le varus ne se compliquait pas d'équinisme.

Quant au traitement, 5 fois nous avons eu recours à la ténotomie isolée du tendon d'Achille; dans un cas, la ténotomie a été pratiquée des deux côtés pour un double varus équin paralytique; 2 fois la ténotomie du tendon d'Achille a dû être associée à la section sous-cutanée de l'aponévrose plantaire; 3 fois, nous avons pratiqué la section de l'aponévrose plantaire seule; enfin, 4 fois nous avons eu recours à la section à ciel ouvert par la méthode de Phelps. Dans ces derniers cas, tous les opérés avaient subi déjà sans succès la ténotomie du tendon d'Achille. Dans un premier cas relatif à un enfant de trois ans, la ténotomie avait été pratiquée à l'âge de quatre mois: néanmoins, au moment où l'enfant nous fut présenté, le pied offrait encore un enroulement très prononcé de son bord interne. La section sous-cutanée du tendon d'Achille étant restée insuffisante, je fis la section à ciel ouvert par la méthode de Phelps, sectionnant successivement les tendons du jambier antérieur et du postérieur, le ligament latéral interne, et entrant largement dans l'articulation médio-tarsienne. Le résultat à l'heure actuelle est excellent; la correction de la difformité est parfaite, et l'enfant marche avec la plus grande facilité.

Notre seconde opération de Phelps a été pratiquée sur un petit garçon de cinq ans et demi atteint d'un pied-bot varus équin congénital du côté gauche, et qui, à l'âge de trois semaines, avait subi la ténotomie du tendon d'Achille. A l'âge d'un an, on lui avait fait porter un appareil orthopédique embrassant tout le membre inférieur jusqu'au bassin. La déformation restant cependant très considérable, une nouvelle ténotomie fut pratiquée à l'âge de trois ans, et suivie, pendant un an encore, du port d'un appareil orthopédique. En dépit des deux opérations précédentes, le pied présentait une difformité très prononcée quand nous examinâmes l'enfant. Son bord interne était fléchi à

angle droit sur la jambe, et le talon restait distant du sol de 3 centimètres environ. Ici encore l'opération de Phelps a fourni le meilleur résultat au point de vue du rétablissement de la forme et des fonctions.

Dans un troisième cas, un enfant de huit ans avait subi, à l'âge de trois ans, la ténotomie du tendon d'Achille pour un pied-bot varus équin congénital du côté droit. Depuis cette époque, l'enfant a continuellement porté des appareils avec tiges d'acier emboîtant toute la jambe ; le résultat a été tout à fait nul. Au moment où nous avons vu cet enfant, le 31 mai dernier, le pied faisait avec le bord interne de la jambe un angle obtus de 110 degrés environ. Pendant la marche, le pied portait absolument sur son bord interne, le talon restant à quelque distance au-dessus du sol, et dévié en dedans par suite de la rétraction du tendon d'Achille. L'opération de Phelps a été pratiquée le 17 juin ; la section a porté sur l'aponévrose plantaire, les tendons des muscles jambiers antérieur et postérieur, le ligament latéral interne ; l'articulation médio-tarsienne a été largement ouverte, et le pied complètement redressé a été immobilisé au moyen d'une gouttière plâtrée. Aujourd'hui la correction est parfaite, et le malade marche sur la face plantaire avec la plus grande facilité.

Notre dernière opération est trop récente pour que nous puissions en donner le résultat, puisqu'elle a été pratiquée seulement le 2 décembre. Nous nous contenterons de dire qu'ici encore le petit malade qui en a été l'objet, âgé de six ans, avait subi, à trois ans, une double ténotomie du tendon d'Achille. A gauche, la réduction a été obtenue ; mais à droite, il restait un pied-bot varus équin très prononcé. Chez lui encore, l'opération de Phelps nous a permis d'obtenir un redressement complet.

Ces résultats joints à ceux que nous ont donnés deux opérations pratiquées dans notre service des Enfants-Assistés confirment l'opinion que nous avons déduite de nos opérations antérieures, à savoir que l'opération de Phelps

constitue une ressource précieuse pour le chirurgien, dans les cas où des ténotomies antérieures ont échoué, et où les parties molles rétractées constituent un obstacle considérable au redressement. Exempte de dangers, donnant d'excellents résultats au point de vue du rétablissement de la forme et des fonctions, l'opération de Phelps nous semble de nature à rendre de plus en plus exceptionnelles les résections osseuses dans le traitement du pied-bot.

C. — PIED PLAT VALGUS.

Les pieds plats valgus douloureux se sont présentés au nombre de 4 seulement à notre consultation, ce qui tient sans doute à ce qu'il s'agit là d'une maladie de l'âge adulte et de l'adolescence, et que les malades qui en sont atteints se rendent plutôt dans les hôpitaux d'adultes que dans les hôpitaux d'enfants.

D. — COURBURES RACHITIQUES DES TIBIAS.

Les courbures rachitiques des tibias ont toutes été observées chez de jeunes enfants de un an et demi à cinq ans, à part un cas où la difformité, peu prononcée du reste, existait chez un garçon de onze ans. Les observations que nous avons recueillies ont été au nombre de 13 : 5 fois, le redressement a été opéré par les appareils; nous avons pratiqué 4 ostéoclasies manuelles des tibias, dont 2 sur un même enfant; enfin, notre collègue et ami Broca, qui nous remplaçait pendant les vacances, a fait, sur un enfant de cinq ans, une double ostéotomie cunéiforme des tibias.

E. — GENU VALGUM ET VARUM.

Les cas de genu valgum qui se sont présentés à notre observation ont été au nombre de 18. La difformité occupait 11 fois les deux genoux en même temps; 4 fois, elle

siégeait à droite, et 10 fois à gauche. Tous ces genu valgum existaient chez de jeunes enfants portant des traces plus ou moins évidentes de rachitisme. Quant au traitement, 11 fois nous avons pu recourir au redressement par les appareils; 6 fois nous avons pratiqué l'ostéoclasie manuelle; 1 fois seulement, sur un jeune garçon de trois ans et demi, l'éburnation de l'os était telle que nous avons dû avoir recours à l'ostéotomie sus-condylienne; la cicatrisation s'est faite par première intention, sans le moindre incident, et le redressement a été parfait.

Nous avons observé 1 seul cas de genu varum; la difformité portait sur les deux membres à la fois, l'aspect était celui qu'on décrit classiquement sous le nom de « membres en forme de parenthèses »; le redressement a été obtenu au moyen d'une double ostéoclasie manuelle des tibias.

F. — LUXATIONS CONGÉNITALES OU PARALYTIQUES DE LA HANCHE.

Nous sommes fort embarrassés au sujet de la désignation à employer pour cette variété de difformités. Nous dirons toutefois que nous n'avons observé aucun fait probant en faveur de l'origine congénitale du déplacement. En revanche, dans plusieurs cas, les antécédents démontrent manifestement qu'il s'agit de luxations paralytiques.

Les luxations coxo-fémorales observées par nous ont été au nombre de 9; parmi celles-ci, 2 étaient doubles, 4 siégeaient à gauche, et 3 à droite. Nous rappellerons les 2 luxations coxo-fémorales coïncidant avec des scolioses, dont nous avons parlé déjà à propos de cette dernière affection. Les renseignements fournis au sujet de l'étiologie sont très nets chez une petite fille de huit ans et demi, atteinte d'une luxation de la hanche gauche. La mère nous affirme qu'à l'âge de seize mois, l'enfant marchait très bien; à ce moment, elle fut obligée de s'en séparer, et c'est seulement quand elle la reprit, à quatre ans, qu'elle constata

la claudication. De même aussi, chez une autre petite fille de six ans et demi, il est noté que la claudication débuta à quatre ans et demi.

Dans les cas où la tête déplacée était immobile dans sa situation anormale, nous nous sommes contenté de prescrire aux malades le port d'un appareil et l'électrisation des muscles atrophiés ; deux fois seulement, nous sommes intervenu chirurgicalement ; la première fois, chez une jeune fille dont la luxation se compliquait d'une contracture des adducteurs, maintenant le membre dans une position d'adduction forcée, nous avons pratiqué la ténotomie sous-cutanée du moyen adducteur. Dans le second cas, il s'agissait d'un enfant de deux ans et demi atteint d'une luxation congénitale de la hanche du côté droit, rendant la marche complètement impossible. Chez lui, en effet, la flexion de la cuisse sur le bassin atteignait presque l'angle droit. Le grand trochanter était à 2 centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton. Je me suis proposé surtout de remédier à la flexion anormale de l'articulation ; et, pour cela, j'ai pratiqué l'ostéotomie sous-trochantérienne qui m'a permis de remettre le membre dans la direction normale ; la guérison de la plaie opératoire a été obtenue par première intention en quelques jours.

Les autres cas de paralysie infantile, en dehors des pieds-bots paralytiques, dont nous avons déjà parlé, ont été au nombre de 11. Un seul d'entre eux frappait l'articulation scapulo-humérale ; tous les autres se rapportaient au membre inférieur.

G. — TORTICOLIS.

Nous n'avons eu à soigner que 2 cas de torticolis : l'un d'eux était un torticolis du sterno-mastoïdien consécutif à une adénite cervicale. La guérison a été rapidement obtenue par le redressement sous le chloroforme suivi de

l'application d'un appareil plâtré. L'autre était un torticolis des muscles de la nuque chez une hystérique.

De ces deux cas, nous rapprocherons une tumeur du sterno-mastoïdien droit observée chez une petite fille de dix-huit jours. Il est à noter que l'accouchement s'était fait par le siège; cette tumeur, qui était probablement un hématome du sterno-mastoïdien, a diminué lentement de volume, sans amener jusqu'ici de rétraction consécutive du muscle.

H. — COXALGIE.

Les coxalgies qui se sont présentées à notre observation ont été au nombre de 21, dont 11 siégeaient à gauche et 9 occupaient le côté droit. Dans ce nombre, 2 coxalgies coïncidaient sur un même sujet avec un mal de Pott. Tous ces cas ont été traités par l'immobilisation au moyen d'appareils plâtrés ou silicatés, précédée, quand il en était besoin, par le redressement du membre sous le chloroforme.

I. — MAL DE POTT.

Les maux de Pott ont été au nombre de 29; nous rappellerons que 2 d'entre eux coïncidaient avec une coxalgie. De ces 29 maux de Pott, 16 occupaient la région dorsale, 2 la région lombaire, 8 la région dorso-lombaire; une fois, la région cervicale était envahie et, deux fois, la région cervico-dorsale. Parmi les maux de Pott dorsaux, nous trouvons à signaler le cas d'une petite fille de six ans et demi atteinte d'un mal de Pott à double foyer, dont l'un siégeait à la partie supérieure, l'autre à la partie inférieure de la région dorsale.

: J. — AUTRES TUBERCULOSES OSSEUSES OU ARTICULAIRES.

Les autres tuberculoses osseuses et articulaires qui se sont offertes à notre observation ont été au nombre de 26;

8 fois, l'articulation du genou était atteinte. Le traitement a consisté dans le redressement et l'immobilisation des jointures atteintes, l'incision et le drainage des collections fluctuantes, ou leur traitement par les injections d'éther iodoformé.

.

Nous n'avons pas l'intention d'énumérer ici tous les autres cas qui se sont présentés à notre observation. Nous nous contenterons de signaler parmi les plus intéressants, un fait de fistule urinaire congénitale de l'ombilic, chez un petit garçon de un mois, né à la clinique Baudelocque, et qui nous a été adressé grâce à l'obligeance du professeur Pinard.

Chez une petite fille de trois mois, nous avons pu observer une cicatrice congénitale de l'avant-bras droit, avec des symptômes de paralysie radiale incomplète. Cette enfant présentait au moment où nous l'avons vue, à la partie inféro-externe de l'avant-bras droit, une cicatrice obliquement dirigée de haut en bas et d'arrière en avant, coupant le bord externe de l'avant-bras, et mesurant au moins 4 centimètres de longueur. Il existait une flexion permanente du poignet avec rétraction des tendons fléchisseurs, en un mot l'attitude classique de la paralysie radiale.

La sage-femme qui a fait l'accouchement nous a déclaré que l'enfant est née avec une plaie en suppuration occupant le siège de la cicatrice actuelle. L'enfant est venue en première position du sommet, on n'a aperçu aucun circulaire du cordon, aucune bride amniotique, qui pût rendre compte de l'ulcération existante. Nous avons appliqué chez cette enfant une gouttière palmaire en gutta-percha destinée à opérer le redressement du poignet ; sous son influence, l'attitude vicieuse de la main n'a pas tardé à s'améliorer.

OPÉRATIONS PRATIQUÉES

A LA CONSULTATION CHIRURGICALE ET ORTHOPÉDIQUE.

Si nous résumons en un tableau unique les diverses opérations pratiquées à la consultation, nous arrivons aux résultats suivants :

1° *Opérations pratiquées pour pied-bots.* — Elles sont au nombre de 14 dont :

- 5 Ténotomies du tendon d'Achille (dont 1 bilatérale);
- 2 Ténotomies du tendon d'Achille associées à la section sous-cutanée de l'aponévrose plantaire;
- 3 Sections isolées de l'aponévrose plantaire;
- 4 Opérations de Phelps.

2° *Opérations pour courbures rachitiques des tibias.* — Au nombre de 5 :

- 4 Ostéoclasies manuelles, dont 1 double;
- 1 Double ostéotomie cunéiforme des tibias (Broca).

3° *Opérations pour luxation congénitale de la hanche :*

- 1 Ténotomie des adducteurs;
- 1 Ostéotomie sous-trochantérienne.

4° *Opérations pour genu valgum et varum :*

- 6 Ostéoclasies manuelles;
- 1 Ostéotomie sus-condylienne;
- 2 Ostéoclasie des tibias pour genu varum.

5° *Phimosis :*

3 Opérations dont 1 dilatation et 2 circoncisions.

5° *Hypospadias :*

1 Dilatation de l'orifice urétral suivie d'autoplastie ; cette dernière a échoué.

7° *Bec-de-lièvre*. — 2 Opérations par le procédé de Mirault (d'Angers).

8° *Angiomes*. — 2 Opérations, cautérisation à l'aide du thermocautère.

9° *Amygdalotomies*. — 2 Opérations, dont 1 simple, et 1 double.

10° 1 Extirpation de kyste dermoïde de la queue du sourcil.

11° 3 Sections du filet de la langue.

12° 2 Ténotomies à ciel ouvert des tendons fléchisseurs du creux poplité.

13° 3 Ponctions d'hydrocèle congénitale suivies d'injection d'alcool.

14° 2 Hernies étranglées traitées, l'une par la kélotomie, l'autre par la réduction sous le chloroforme.

15° 16 Ouvertures et drainage d'abcès.

16° 3 Redressements d'articulation sous le chloroforme avec arthrotomie et drainage.

Ce qui donne un total de 70 opérations.

Sur ce nombre, nous n'avons à enregistrer qu'une mort, c'est celle de l'enfant auquel nous avons fait la kélotomie pour une hernie inguinale droite étranglée. L'état général était excessivement grave, quand nous avons opéré; et comme, malgré nos recommandations, la mère ne nous a pas rapporté l'enfant pour le faire panser, nous avons tout lieu de croire qu'il a succombé.

OPÉRATIONS PRATIQUÉES DANS L'INTÉRIEUR DU SERVICE CHIRURGICAL DES ENFANTS-ASSISTÉS.

Les opérations pratiquées dans le service chirurgical des Enfants-Assistés, du 1^{er} décembre 1889 au 1^{er} décembre 1890, sont au nombre de 73, que nous pouvons diviser en trois séries, suivant qu'il s'agit d'opérations portant sur les

yeux, d'opérations ayant trait à la chirurgie générale ou à l'orthopédie :

A. — Opérations pratiquées sur l'œil ou sur ses annexes :

1° Stricturotomie et opération d'un ptosis congénital double. — Opération du côté gauche ; suture du muscle orbiculaire des paupières au muscle frontal ; excision d'un lambeau de peau des paupières et sutures superficielles ; guérison.

2° Énucléation pour ophthalmie sympathique.

3° Péritomie pour un pannus tenus de la cornée droite, consécutif à des granulations conjonctivales.

4° Stricturotomie et opération d'un ptosis congénital double. — Opération du côté droit ; mêmes détails opératoires que plus haut.

5° Iridectomie optique pour une cataracte zonulaire.

6° Incision du point lacrymal inférieur gauche et cathétérisme des voies lacrymales.

7° Autoplastie conjonctivale pour un ptérygion traumatique réunissant le segment externe de la cornée à l'angle externe des paupières.

8° Ignipuncture des bords palpébraux pour une blépharite ciliaire suppurée rebelle. — Opération renouvelée 3 fois et suivie de guérison.

9° Opération d'un strabisme interne de l'œil gauche.

10° Stricturotomie et cathétérisme des voies lacrymales.

11° Opération complémentaire pour un ptérygion (voir plus haut). Un peu d'entropion de la paupière supérieure persistant, excision d'un lambeau cutané curviligne de la paupière supérieure, guérison.

12° Stricturotomie et cathétérisme des voies lacrymales.

13° Cathétérisme des voies lacrymales.

14° Opération de Pagenstecher pour un blépharospasme intense au cours d'une conjonctivite purulente.

15° Ablation d'un lipome sous-conjonctival de l'angle externe de l'orbite.

16° Opération d'une cataracte traumatique, extraction avec iridectomie.

17° Tumeur lacrymale; stricturotomie et cautérisation au thermo-cautère des fongosités du sac lacrymal.

18° Autoplastie des paupières pour remédier à une rétraction cicatricielle consécutive à une plaie de la face.

B. — *Opérations de chirurgie générale.*

1° Curage de ganglions sous-maxillaires tuberculeux.

2° Curage de ganglions sous-maxillaires tuberculeux.

3° Ostéite costale avec trajets fistuleux des régions pectorale et sous-claviculaire droites; débridements au thermo-cautère et drainage.

4° Ouverture d'un abcès tuberculeux considérable de la région antérieure du cou.

5° Incision et drainage d'un abcès du sein chez une nourrice.

6° Excision au thermo-cautère de végétations anales considérables.

7° Trépanation de l'apophyse mastoïde et drainage de l'oreille moyenne pour une carie du rocher.

8° et 9° Phimosis. — Circoncision.

10° Ongle incarné, ablation de l'ongle et cautérisation des fongosités.

11° Ouverture et drainage d'un abcès tuberculeux de la jambe.

12° Ouverture d'un abcès tuberculeux de la région temporale.

13° Ongle incarné; ablation de l'ongle et cautérisation des fongosités.

14° Ouverture et drainage d'un abcès tuberculeux de l'épididyme.

15° Palatorraphie pour une fissure congénitale de la

voûte palatine accompagnant un bec-de-lièvre opéré antérieurement. (M. Broca).

16° Craniectomie pour une asymétrie considérable de la boîte crânienne avec crises convulsives.

17° Excision d'une fistule tuberculeuse des bourses.

17° Ouverture d'un abcès de la jambe avec fusées purulentes profondes, provenant d'une ostéite tuberculeuse du tibia.

19° Extraction d'un corps étranger de l'index; morceau de verre logé dans la pulpe du doigt.

22° Ouverture au thermo-cautère d'un abcès tuberculeux considérable de la tubérosité antérieure du tibia.

24° Arthrotomie du genou et drainage pour une arthrite tuberculeuse suppurée.

22° Ablation d'un premier métatarsien atteint d'ostéite tuberculeuse suppurée avec fistules.

23° Redressement sous le chloroforme, et immobilisation d'une coxalgie droite.

24° Résection du genou pour une arthrite tuberculeuse suppurée; guérison.

25° Drainage d'une ostéomyélite prolongée de l'extrémité inférieure du fémur.

26° Redressement et immobilisation dans une coxalgie gauche avec subluxation de la tête fémorale en haut et en arrière.

27° Redressement et immobilisation dans un cas d'ankylose du genou gauche consécutive à une arthrite tuberculeuse.

22° Drainage d'une coxalgie suppurée.

29° Arthrotomie du coude droit pour une arthrite tuberculeuse suppurée.

30° Arthrectomie de l'articulation coxo-fémorale gauche dans un cas de coxalgie suppurée.

31° Extirpation de deux séquestres du fémur dans un cas d'ostéomyélite prolongée.

32° Ouverture et drainage d'une collection purulente

sous-trochantérienne dans un cas de coxalgie suppurée.

33° Ouverture et drainage d'une collection purulente provenant d'une ostéite tuberculeuse du tibia.

C. — Opérations orthopédiques.

1° Ténotomie du tendon d'Achille suivie d'immobilisation dans une gouttière plâtrée, dans un cas de pied-bot équin consécutif à une paralysie infantile.

2° Ostéotomie sus-condylienne du fémur gauche pour un genu valgum double très accusé.

3° Ostéotomie sus-condylienne du fémur gauche pour un genu valgum unilatéral.

4° Ostéotomie cunéiforme du tibia gauche pour une déformation rachitique, ostéoclasie du péroné.

5° Deuxième ostéotomie sus-condylienne sur le fémur droit pour le genu valgum double du n° 2.

6° Ostéotomie cunéiforme du tibia pour une courbure rachitique.

7° Ostéotomie du radius et du cubitus, et extraction d'un séquestre mobile provenant du cubitus. Opération faite pour remédier à une consolidation vicieuse d'une fracture compliquée de l'avant-bras avec fistule persistante.

8° Ténorrhaphie du tendon d'Achille pour un pied-bot talus paralytique et section de l'aponévrose plantaire pour corriger le pied creux concomitant.

9° Ostéotomie sous-trochantérienne du fémur droit. Opération faite pour corriger une ankylose vicieuse consécutive à une coxalgie.

10° Redressement sous le chloroforme de courbures rachitiques des tibias.

11° Ostéotomie supra-condylienne du fémur gauche pour genu valgum.

12° Opération de Phelps pour un pied-bot congénital double. Opération pratiquée à droite où la malformation est plus accusée. Redressement et gouttière plâtrée.

13° Opération de Phelps pour un pied-bot congénital gauche invétéré chez une jeune fille de seize ans.

L'opération est complétée par l'excision d'une bourse séreuse sur le bord externe du pied, le redressement forcé et l'immobilisation dans une gouttière plâtrée.

14° Ostéotomie cunéiforme du tibia droit pour une courbure rachitique, ostéoclasie du péroné.

15° Ostéotomie cunéiforme du tibia gauche chez le même sujet (opérations pratiquées par M. Broca.)

16° Ostéotomie du tibia au tiers inférieur pour une déviation rachitique; ostéoclasie manuelle du péroné.

17° Ostéotomie du tibia du côté opposé chez l'enfant précédente.

18° Ostéotomie sus-condylienne du fémur à droite pour un genu valgum rachitique.

19° Ostéotomie sus-condylienne du fémur droit pour un genu valgum très prononcé chez un garçon de dix-huit ans.

20° Ténotomie du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire, redressement et immobilisation d'un pied-bot congénital.

21° Redressement manuel d'un double genu valgum rachitique sous le chloroforme et sans ostéoclasie, chez un jeune enfant.

21° Autoplastie du pouce droit pour libérer le pouce fixé dans la flexion et l'adduction par une bride cicatricielle.

Telles sont les opérations que nous avons pratiquées dans l'intérieur de notre service chirurgical des Enfants-Assistés. Si nous joignons ces soixante-treize opérations aux soixante-dix opérations pratiquées à la consultation, et que nous avons énumérées précédemment, nous arrivons à un total de 143 opérations, sur lesquelles nous avons à déplorer 6 morts, ce qui nous donne une mortalité de 4,2 p. 100 environ.

Déjà nous avons parlé de la mort d'un jeune enfant opéré de kélotomie pour hernie étranglée, à la consultation.

Dans le service même, nous avons eu 5 morts.

Une jeune fille, chez laquelle nous avons pratiqué le redressement d'une coxalgie, a succombé trois mois plus tard à une généralisation tuberculeuse. Il en a été de même d'une autre jeune fille, à laquelle nous avons pratiqué la résection du premier métatarsien pour une ostéite tuberculeuse.

La mort est survenue, par ulcération de la carotide interne et hémorragie foudroyante, chez un jeune garçon atteint d'ostéite tuberculeuse du rocher, que j'avais trépanée et drainée ; de même, un jeune enfant de trois ans, auquel j'avais fait l'arthrectomie de la hanche, a fini par succomber, au bout de plusieurs mois, à la généralisation tuberculeuse et à l'abondance de la suppuration.

Enfin, notre dernier cas de mort est survenu chez un jeune enfant présentant une asymétrie crânienne considérable, en même temps que des crises convulsives. Pensant qu'il y avait là, peut-être, un élément de compression, je pratiquai la trépanation sur le côté le plus étroit de la boîte crânienne. L'enfant ayant succombé le lendemain soir, nous constatâmes un épanchement abondant de liquide dans l'intérieur du crâne, sans trace de suppuration.

Nous pouvons donc dire qu'aucun des cas de mort observés n'est directement imputable à l'opération. Les malades ont succombé, en dépit de l'intervention chirurgicale, bien plutôt qu'aux conséquences de cette intervention chirurgicale elle-même. Pas une seule mort n'est due à des accidents tenant à l'insuffisance des précautions antiseptiques. Du reste, aucun de nos malades n'a présenté de complications, lymphangite, érysipèle, septicémie, qu'on puisse mettre sur le compte d'un défaut d'antisepsie.

Pour en revenir au sujet qui nous intéresse plus spécialement ici, c'est-à-dire aux opérations de chirurgie orthopédique, si nous joignons aux opérations de cette nature que nous avons pratiquées à la consultation externe celles

que nous avons faites dans le service intérieur de l'hôpital, nous arrivons aux résultats suivants :

Ténotomies du tendon d'Achille.	6
Ténotomies du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire.	3
Ténorrhaphie (opération de Willet) pour un pied-bot talus paralytique.	1
Opérations de Phelps.	6

(Si nous joignons ces six opérations de Phelps aux sept que nous avons publiées déjà antérieurement (1), nous arrivons à un total de treize opérations qui, toutes, nous ont donné les résultats les plus satisfaisants sans la moindre complication; aussi sommes-nous de plus en plus partisan de l'opération proposée par notre confrère de New-York).

Ostéoclasies manuelles pour courbures rachitiques des tibias	5
Ostéotomies cunéiformes des tibias pour courbure rachitique.	8
Ostéotomies supra-condyliennes pour genu valgum. . .	7
Ostéoclasies des tibias pour genu varum	2
Ostéotomies sous-trochantériennes du fémur	2
Ostéotomie du radius et du cubitus pour cal vicieux. .	1
Ostéoclasies manuelles pour genu valgum	8
Autoplastie pour cicatrice vicieuse du pouce.	1

Nous arrivons ainsi à un chiffre de cinquante opérations orthopédiques. Or, dans tous les cas où nous avons dû pratiquer des opérations sanglantes pour obtenir le redressement des membres (ostéotomies), nous avons observé des réunions par première intention, sans le moindre accident. Aussi, sommes-nous de plus en plus portés à donner la préférence à l'ostéotomie, sauf dans les cas où le redressement peut être aisément obtenu au prix d'une ostéoclasie manuelle.

(1) Voyez KIRMISSON. Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur; et quatrième Congrès français de chirurgie.

Nous ferons observer en terminant que la plupart des opérations de chirurgie orthopédique exigent comme complément indispensable le port d'un appareil; de même; dans le traitement des diverses malformations, dans la thérapeutique des maladies osseuses et articulaires, les appareils jouent le plus souvent un très grand rôle. Le nombre des différents appareils plâtrés, silicatés, en gutta-percha, que nous avons dû construire est incalculable, et nous n'aurions pu y suffire, sans le concours dévoué de nos élèves. Mais quelle que soit leur bonne volonté, leur nombre est insuffisant; aussi demandons-nous à M. le Directeur de l'Assistance publique que ce nombre soit augmenté.

Disons aussi que, si les divers appareils inamovibles que nous pouvons construire nous-mêmes sont suffisants dans un très grand nombre de cas, il en est d'autres où nous ne saurions nous passer des appareils orthopédiques construits par les fabricants d'instruments. Il importe donc que nous ayons à notre disposition un crédit spécial qui nous permette de délivrer aux malades indigents les appareils qui leur sont nécessaires.

Enfin, il est des cas dans lesquels nous n'avons pu entreprendre certaines opérations qui nous semblaient parfaitement indiquées, parce que ces dernières étaient de telle nature que les enfants qui les auraient subies n'auraient pu être immédiatement emmenés par leurs parents; ils auraient dû, de toute nécessité, faire un séjour plus ou moins prolongé à l'hôpital. Il serait donc indispensable que quelques lits fussent annexés à notre consultation, destinés à recevoir les malades qui ont à subir des opérations ne permettant pas de les transporter immédiatement chez eux.

Nous pouvons donc formuler de la façon suivante les desiderata relatifs à notre consultation chirurgicale et orthopédique des Enfants-Assistés :

1° Augmenter le nombre des élèves attachés au service,

en portant de trois à quatre le nombre de nos externes, et en désignant quelques stagiaires pour le service chirurgical des Enfants-Assistés ;

2° Affecter à la consultation un crédit spécial, destiné à fournir aux malades indigents les appareils orthopédiques nécessaires ;

3° Annexer à la consultation un certain nombre de lits destinés à recevoir les malades qui auront subi des opérations ne permettant pas de les transporter immédiatement chez eux.

Nous avons bon espoir que l'Administration de l'Assistance publique, qui a bien voulu nous aider à fonder la consultation dont nous venons de rendre compte, nous fournira tous les éléments nécessaires à son développement.

**Biblioteka Główna
WUM**

Biblioteka Główna WUM

Br.6854



000024956



www.dlibra.wum.edu.pl