

s'incline du côté qui n'est pas soutenu et il se porte en même temps en avant. Grâce à la position du bassin le centre de gravité du corps est avancé, et sa verticale tombe en avant de l'articulation du genou ; il s'ensuit que cette dernière se fixe d'elle-même dans l'extension ; mais en même temps le poids du corps au lieu de tomber sur le centre de l'articulation du genou tombe en dedans d'elle. De cette façon l'articulation du genou est très inégalement chargée : le condyle interne est fortement comprimé, et le ligament latéral externe est soumis à une forte traction. Si on se demande maintenant pourquoi le genu varum est moins souvent prononcé que le genu valgum, on verra que cela tient à ce qu'un individu atteint de genu varum au début peut se servir de sa jambe comme si de rien n'était, tandis qu'un individu atteint de genu valgum est obligé pour se servir de sa jambe de prendre une position qui augmente encore sa difformité, c'est-à-dire la rotation en dehors et l'abduction.

Or ce sont précisément ces deux dernières positions qui peuvent provoquer le genu valgum. Par l'abduction et la rotation en dehors, le ligament ilio-fémoral est tendu, ce qui fixe l'articulation de la hanche ; en même temps le bassin s'incline en avant, le centre de gravité du corps tombe au-devant de l'articulation du genou, d'où résulte que le poids suffit pour fixer cette jointure dans l'extension. Cette position est précisément celle qu'affectent les apprentis boulangers, les garçons de café quand leurs forces musculaires les trahissent, et c'est là l'origine du genu valgum. Quand une fois cette difformité existe, le croisement des genoux force le malade à tenir la jambe dans l'abduction et la rotation en dehors, par conséquent à augmenter son attitude vicieuse.

Le genu valgum des adolescents est plus souvent double qu'unilatéral ; le genu varum est très rarement unilatéral. Mais il n'est pas très rare d'observer un genu valgum d'un côté et un genu varum de l'autre, et cela dans les cas de rachitisme très accentué ; ici les influences extérieures ne paraissent pas entrer en jeu.

A côté de ces formes ordinaires de déviations latérales du genou, il en existe de symptomatiques ; par exemple le genu valgum consécutif à des fractures du condyle interne, à une rupture du ligament latéral interne, à un bon nombre d'arthrites.

Le genu valgum comme le genu varum finissent par donner au pied une mauvaise position. Un homme atteint de genu valgum prononcé ne pourrait toucher le sol qu'avec le bord interne du pied s'il ne mettait pas son pied dans la position du *varus* pour s'équilibrer sur le sol ; dans le genu varum, le pied doit être mis dans la pronation pour que le bord interne touche le sol.

TRAITEMENT. — Le traitement de ce genre d'affections comporte un grand nombre de moyens. Comme le genu valgum est le cas que l'on a généralement l'occasion de traiter dans la pratique, c'est de lui dont nous nous occuperons spécialement ; ce que nous dirons à son sujet sera vrai pour le genu varum, *mutatis mutandis*. Le traitement peut se proposer deux buts distincts : ou bien d'améliorer la jambe au point de vue fonctionnel, ou bien de corriger simplement sa forme pour satisfaire les exigences sociales. Chacun de ces buts peut être atteint séparément, mais un traitement convenable doit viser à les réunir tous deux. Le plan en apparence le plus logique serait de combattre lentement la difformité par le mécanisme inverse à celui qui l'a produite. Mais en pratique on se heurte à deux obstacles. D'abord, si l'os est près d'atteindre son développement complet, il n'a plus assez de souplesse pour obéir à l'action des machines orthopédiques ; de plus, dans les cas où cette action serait possible, le traitement serait tellement long que l'on est obligé de recourir à un procédé de force. Il existe trois méthodes :

a) *La correction lente par des machines*. La plus simple consiste en une attelle externe s'appuyant d'une part sur le trochanter, de l'autre sur le pied ; le genou et les os du membre inférieur sont attirés vers cette attelle par des bandes. Pour que l'appareil soit efficace, la jambe ne doit pas se tordre ni se fléchir. Un appareil de ce genre suffit dans les cas légers. Quand la difformité est plus accentuée, l'attelle latérale doit être brisée au genou, et au moyen de vis on essaie de diminuer petit à petit l'angle que forme le membre à ce niveau. Il est clair qu'avec cet appareil le malade peut marcher, mais en ayant la jambe raide dans l'extension complète.

Pour les gens pauvres et à l'hôpital on emploie l'appareil plâtré de Mikulicz avec tractions élastiques (fig. 102). « On met le membre dans la position pathologique sur une bonne attelle plâtrée jusqu'à la malléole, après avoir bien rembourré le condyle interne avec de la charpie. A la face antérieure et postérieure du genou on fixe dans le plâtre une charnière qui plus tard devra permettre à ce niveau des mouvements de latéralité. De plus on fixe dans la face interne de l'appareil plâtré deux forts crochets auxquels on devra attacher plus tard des courroies élastiques. Quand l'appareil est dur et sec, il est coupé linéairement entre les charnières sur le côté externe, tandis que sur le côté interne on excise un morceau cunéiforme du plâtre au-dessus du coussin posé sur le condyle interne. L'appareil est alors divisé en deux cylindres articulés latéralement, et une bande élastique, fixée aux deux crochets, exerce son action sur les os en partie directement, en partie par le mécanisme du levier. Il est préférable de fixer aux cro-