

chets plusieurs élastiques fins qu'un seul, gros ; le mieux est encore de prendre un drain de moyenne grosseur et de l'entourer plusieurs fois autour des crochets ». Avec cet appareil, les malades peuvent aller et venir.

Dans toutes ces manipulations orthopédiques, il ne faut jamais aller trop vite ; sans doute la difformité peut parfois être rapidement guérie, mais il se développe alors d'autant plus facilement une articulation flottante qui demande des mois avant que ses ruptures ligamenteuses soient cicatrisées.

b) Le redressement forcé consiste dans le redressement du membre

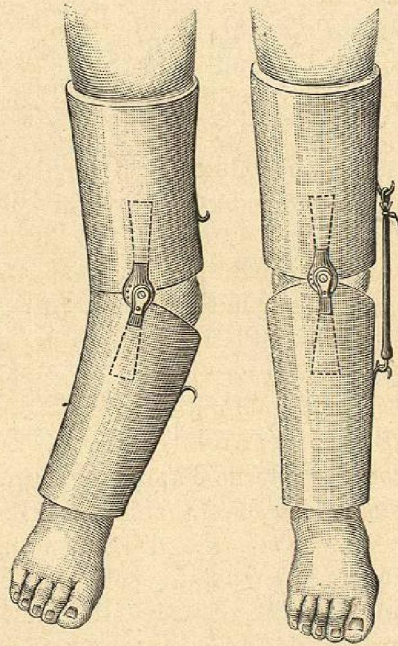


Fig. 102. — Appareil de Mikulicz pour genu valgum.

sous le chloroforme, soit par les mains, soit au moyen de machines orthopédiques. Le résultat est purement esthétique ; la jambe est droite, mais le genou baille en dehors ; pour obtenir un résultat fonctionnel, il faut donner le temps aux surfaces articulaires externes de reprendre leur développement normal ; le membre doit donc être fixé d'abord dans un appareil plâtré, et plus tard dans une machine de soutien. Le résultat immédiat du redressement forcé est en général, du moins chez les adolescents, la rupture du ligament latéral externe, des ligaments croisés, et quelquefois l'arrachement de l'épiphyse du fémur. Comme complication on a observé quelquefois une réaction

intense du côté de la jointure après cette opération, et la rupture des nerfs péroniers. Bien des chirurgiens font précéder le redressement d'une incision sous-cutanée du ligament latéral externe. Ce traitement est long. Au lieu de l'extension forcée, on a employé dans ces derniers temps l'ostéoclasie du fémur ou du tibia. Au début, les résultats ne furent pas brillants au point de vue esthétique ; mais dans ces derniers temps les résultats excellents que Lorenz a obtenus avec ses ostéoclasies ne laissent rien à désirer et ces ostéoclasies de Lorenz peuvent être considérées comme le meilleur procédé¹.

c) Les méthodes sanglantes sont extrêmement nombreuses ; Weil en donne le schéma suivant.

I. *Opérations sur les os de la jambe :*

- a) Excision cunéiforme sur le tibia (A. Mayer).*
- b) Excision cunéiforme sur le tibia combinée à la division du péroné (Schede).*
- c) Ostéotomie sous-cutanée du tibia (Billroth).*
- d) Ostéotomie sous-cutanée du tibia avec division du péroné.*

II. *Opérations sur le fémur :*

- a) Ostéotomie sous-cutanée du fémur (Billroth).*
- b) Excision cunéiforme sur le fémur (Kocher).*
- c) Excision cunéiforme sur le fémur mais par un procédé différent (Chiene, W. M. Macewen).*

III. *Opérations sur l'articulation du genou :*

- a) Résection (L. Bauer, Anandale).*
- b) Sciement du condyle interne d'après Ogston.*
- c) Ablation du condyle interne au maillet par Reeves.*

De toutes ces opérations, c'est celle d'Ogston qui a le plus attiré l'attention. Il ouvre l'articulation par une petite incision antérieure, y introduit une scie pointue et scie le condyle interne de bas en haut et de dehors en dedans, puis le redressement forcé est fait ; le condyle interne est refoulé en haut et se consolide dans cette position. Cette opération fut un brillant argument en faveur de l'efficacité de la méthode de Lister ; car la mortalité, vu la gravité de l'opération, fut étonnamment basse. Mais cette opération perdit ses adeptes aussi vivement qu'elle les avait conquis. Tout d'abord, il y eut quelques décès (Barner, Weil, Mosetig) ; de plus il n'est pas rare de la voir suivie d'une ankylose plus ou moins complète ; sur 5 cas opérés par Heine, 2 se terminèrent

(1) En France, c'est à l'ostéoclaste de Robin (de Lyon) que l'on s'adresse de préférence. C'est lui qui permet le mieux de briser l'os exactement au point voulu, sans agir sur la jambe comme sur un levier et sans distendre, par conséquent, le ligament latéral externe. En principe, le redressement manuel doit être abandonné, sauf pour le genu valgum peu prononcé des tout petits enfants. (A. B.)