

rent par ankylose presque complète; dans le troisième, le patient ne pouvait faire que des mouvements de flexion de 10°; enfin dans les deux cas les plus favorables les mouvements n'étaient permis que dans une étendue de 40° au maximum. Enfin Thiersch a fait remarquer que par le déplacement de la ligne épiphysaire, la croissance de l'os pouvait être interrompue. Je suis heureux de n'avoir jamais pratiqué cette opération.

La résection du genou n'a été employée que dans un nombre très restreint de cas, par exemple par Bauer pour une fracture épiphysaire qui avait provoqué un genu valgum symptomatique.

Il ne reste donc plus comme procédé rationnel que l'ostéotomie. Dans les cas graves, on pourra pratiquer l'ostéotomie cunéiforme sur celui des os qui contribue le plus à la difformité.

Pour l'ostéotomie du fémur, Macewen de Glasgow préconise le procédé suivant. « On divise les parties molles sur la face interne de la cuisse au point d'intersection des deux lignes suivantes : la première passe à un travers de doigt au-dessus du plan de l'extrémité supérieure du condyle externe, l'autre est parallèle au tendon du grand adducteur et passe à un pouce en avant de lui. Ce point est en avant et au-dessous de l'artère fémorale, au-dessus de la grande anastomotique, et quand on fait une incision de 1 à 1 1/2 pouce, dirigée directement vers l'os, il est impossible de blesser une branche quelconque de ces deux artères. Après la peau et le tissu cellulaire, le bistouri traverse quelques fibres du vaste interne. Au même niveau (c'est-à-dire à un travers de doigt au-dessus de la partie supérieure du condyle externe), le fémur est divisé au ciseau. Dans les os mous, il suffit de les diviser dans les 2/3 de leur étendue. Dans les os durs, la division doit aller jusqu'à la couche compacte la plus superficielle. Ce qui reste de l'os est rompu lentement, et non par un mouvement brusque ».

Cette ostéotomie ou celles qui seraient pratiquées d'une façon analogue, sont réservées aux cas où la dureté n'aurait pas permis de pratiquer l'ostéoclasie, c'est-à-dire aux adultes.

A la suite de ces affections nous sommes naturellement amené à parler de celles qui sont dues à une incurvation des os de la jambe à leur partie inférieure et que l'on pourrait désigner sous le nom de *crus varum*. L'incurvation a lieu en avant et en dehors, quelquefois directement en avant, et la forme de la coupe transversale du tibia est altérée; celle-ci a la forme d'un fourreau de sabre. Ce n'est que dans des cas très légers et sur des os très mous que des machines peuvent agir efficacement. Si l'os n'est pas souple, élastique, la machine est impuissante parce que la crête du tibia, sur laquelle est la convexité de la courbe, n'est recouverte que de peau et ne peut supporter la pression de la machine. On peut alors fracturer les os et les faire consolider dans une bonne position. Pour obtenir un résultat plus certain, on peut faire précéder le redressement d'une ostéotomie sous-

cutanée du tibia. Dans des cas très accentués j'ai fait l'excision cunéiforme du tibia — dans un cas je l'ai même faite en deux endroits du même tibia, — puis j'ai suturé la peau et obtenu une réunion par première intention, ce qui est un argument brillant en faveur du procédé de Lister¹.

Genu recurvatum. — En comprenant toutes les affections dans lesquelles le genou est incurvé en avant, on arrive à décrire les formes suivantes :

a) Un certain nombre de cas décrits sous le nom de *luxations congénitales* en avant; faits de Kleeberg (cité par Ammon), Chate-lain, Bard, Wutzer, Cruveilhier, Dubrisay, Richardson, Porter, Maas, Godle e, Barwell, Weinlechner.

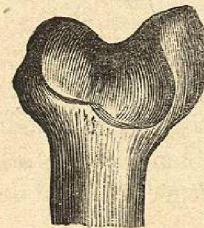


Fig. 103. — Fémur d'un genu recurvatum.

J'ai eu moi-même entre les mains une pièce anatomique présentant une difformité de ce genre; elle avait appartenu à un nouveau-né qui avait cette difformité latérale et symétrique. La jambe forme avec le fémur un angle de 270°; la surface articulaire du fémur a la forme

(1) Les deux formes ordinaires de l'incurvation rachitique des jambes sont la courbe à convexité externe et la courbe à convexité antérieure; la première a souvent son point culminant un peu au-dessous de la partie moyenne de la jambe; la seconde occupe de préférence le quart inférieur. Il est indiqué d'intervenir lorsqu'on est assuré que le processus rachitique est bien enrayé, c'est-à-dire lorsque depuis plusieurs mois il n'y a eu ni augmentation ni diminution de la difformité. En effet par le traitement médical du rachitisme et par le repos absolu au lit, aidé au besoin du redressement lent par des attelles, il n'est pas rare de voir se redresser à peu près spontanément des os rachitiques. D'autre part, si on opère avant la guérison du rachitisme, la récurrence est à peu près fatale si on laisse le sujet marcher, une fois le redressement obtenu et en apparence solide. Pour ces redressements, la méthode de choix est à mon sens l'ostéotomie cunéiforme, la base du coin occupant le pôle de la convexité; cette ostéotomie sera sous-périostée et il ne faut pas craindre de la faire très largement. C'est là le secret pour obtenir une jambe dans la rectitude parfaite. On fera la réunion sans drainage. J'ai pratiqué cette opération dans un assez grand nombre de cas et toujours avec un excellent résultat. Après l'ostéotomie et une fois le pansement appliqué le membre est immobilisé dans un appareil plâtré; cette immobilisation doit durer pendant au moins deux mois.