

angle de 45° à 90°. Tantôt il y a adduction avec ascension et rotation en dehors (Goldie). Parfois il y a adduction des deux membres inférieurs (cas de Ollier). Cet entre-croisement peut se faire soit au niveau des genoux, soit au niveau de la partie moyenne de la cuisse. L'entre-croisement peut se faire au niveau des genoux avec rotation externe, etc. Il y a du côté du genou des déviations compensatrices : genu valgum, genu varum, des scolioses. Des différentes déviations en ciseaux au nombre de 29 rapportées par L.-H. Petit, 19 fois il s'agissait de coxalgies, 1 fois d'ostéomyélite, 1 fois d'arthrite puerpérale, 5 fois de luxation congénitale ou acquise, 3 fois de rétraction musculaire ou d'atrophie paralytique. L'ankylose était unilatérale 17 fois, et bilatérale 8 fois.

La contracture et la rétraction des adducteurs jouent donc un grand rôle dans cette déformation.

L'attitude, la station, la marche sont évidemment très pénibles à cause du raccourcissement et de l'entre-croisement ; le malade marche par une série de mouvements de rotation et de sauts. Les fonctions génito-urinaires sont difficiles, impossibles même parfois. Quant aux complications obstétricales, elles peuvent être très graves, les déformations du bassin étant la règle.

Le pronostic est très grave, étant donnés tous ces troubles fonctionnels.

Le traitement varie suivant la cause. L'extension en abduction peut suffire en cas de simple contracture. Pour les ankyloses, il vaut mieux tenter le redressement forcé sous chloroforme, et, s'il est insuffisant, l'ostéotomie cunéiforme externe, sous-trochantérienne. La résection orthopédique rendra une des hanches mobile, ce qui est important dans les cas d'ankylose bilatérale (1).

V. — Courbatures anormales de la diaphyse fémorale.

Les modifications de direction de la diaphyse fémorale sont assez fréquentes. On les observe au cours de fracture (fig. 277), ou d'infections osseuses, ostéomyélite (voy. tome III, p. 551), au cours des lésions du genou, ankylose, genu valgum, etc. Koenig a noté l'incurvation du fémur chez les enfants ayant subi l'arthrectomie du genou.

(1) a. Certaines difformités ankylosantes de la hanche par arthrite difformante ont été traitées par les résections (Kuster, Riedel, Zesas).

b. Symphyse fessière et fémoro-fessière des deux membres. — A la suite de brûlure étendue de la région fessière, brûlure fréquente chez les enfants, on voit se produire des cicatrices qui font adhérer entre elles les deux fesses [MAUCLAIRE, Rétrécissement cicatriciel préanal par symphyse fessière. Autoplastie. Guérison (Soc. anat., 1897)]. Parfois ce sont les deux cuisses qui sont réunies par une palmature cicatricielle (Piéchaud). Enfin, la symphyse fémoro-abdominale à la suite de cicatrice a été également signalée. Dans un cas de Parona une cicatrice fessière provoqua par sa rétraction une luxation pubienne. La résection de la hanche fut nécessaire (Archivio di Ortopedia, t. VI).

Braun (1) l'a observée chez deux enfants présentant une ankylose du genou, d'origine tuberculeuse. Cette déformation tient aux nouvelles conditions statiques, à l'ostéoporose qui accompagne les arthrites ou les infections osseuses du fémur, etc. Cette déviation diaphysaire existe aussi dans le genu recurvatum.

Courbures rachitiques. — Le plus souvent ces courbures de toute la diaphyse fémorale sont de nature rachitique. Nous avons déjà étudié les courbures rachitiques de l'épiphyse supérieure du fémur sous le nom de coxa vara et de coxa valga. Dans un instant nous allons décrire celles de l'épiphyse inférieure. Quant à celles de la diaphyse, elles sont fréquentes. Elles se présentent sous les aspects les plus divers, comme on pourra en juger d'après les nombreuses pièces du musée Dupuytren. Le plus souvent la courbure décrit dans son ensemble une convexité antéro-externe. C'est la courbure normale exagérée. Tantôt la courbure est latérale à convexité franchement externe, le poids du corps peut être cause de cette déviation. Tantôt la courbure est à convexité interne, soit dans sa totalité, soit dans ses deux tiers inférieurs. Celle-ci s'explique par ce fait qu'à l'état normal, la face externe du fémur décrit une légère courbe à concavité externe. Nous aurons à rappeler cette légère concavité normale externe pour discuter la pathogénie du genu valgum.

Suivant les lois de la mécanique, applicables ici comme pour le rachis, toutes les déviations du fémur retentissent sur le tibia et sur le pied ; c'est ainsi que tout le squelette du membre inférieur présente dans son ensemble une courbure en S, soit suivant le plan sagittal, soit suivant le plan frontal (2).

La portion sous-trochantérienne présente parfois une courbure à convexité antéro-externe (Vallas) (3) ; la racine de la cuisse fait une saillie très nette dans le même sens. Le condyle externe est abaissé, le condyle interne est élevé, l'interligne fémoro-tibial est oblique en haut et en dedans. On trouve souvent des déviations compensatrices au niveau de l'extrémité inférieure du fémur et au niveau du tibia.

La déviation du tiers moyen est celle que l'on observe le plus sou-

(1) BRAUN, XIII^e Congrès des chirurgiens allemands, mai 1896 (Centralbl. für Chirurgie).

(2) Chez un enfant ayant un double genu valgum, Grisel a trouvé les lésions suivantes : les condyles internes du fémur et du tibia sont très saillants ; le tibia offrait une convexité antéro-externe du tiers moyen. L'interligne articulaire fémoro-tibiale est horizontal si on ne rapproche pas la malléole interne de l'axe médian du corps ; sinon, dans cette tentative, cet interligne devient oblique en haut et en dedans. La cuisse est en rotation externe, la rotule regarde en dehors. La tête fémorale est volumineuse ; le bord supérieur du col est court, la tête est dirigée très en haut ; la face postérieure du col est courte, concave ; les noyaux osseux sont petits, le cartilage de conjugaison est élargi, de même que le canal médullaire. Le sommet du grand trochanter est au niveau de celui de la tête, celle-ci est déviée en haut et en arrière ; la cuisse est en abduction et en rotation externe (GRISSEL, thèse de Paris, 1899). C'est une lésion que nous aurions décrite sous le nom de coxa valga.

(3) VALLAS, Soc. de chir. de Lyon, 1^{er} février 1900.

vent. C'est une incurvation antéro-externe; c'est l'exagération de la courbure naturelle. Elle élève le condyle interne et l'interligne devient oblique en haut et en dedans.

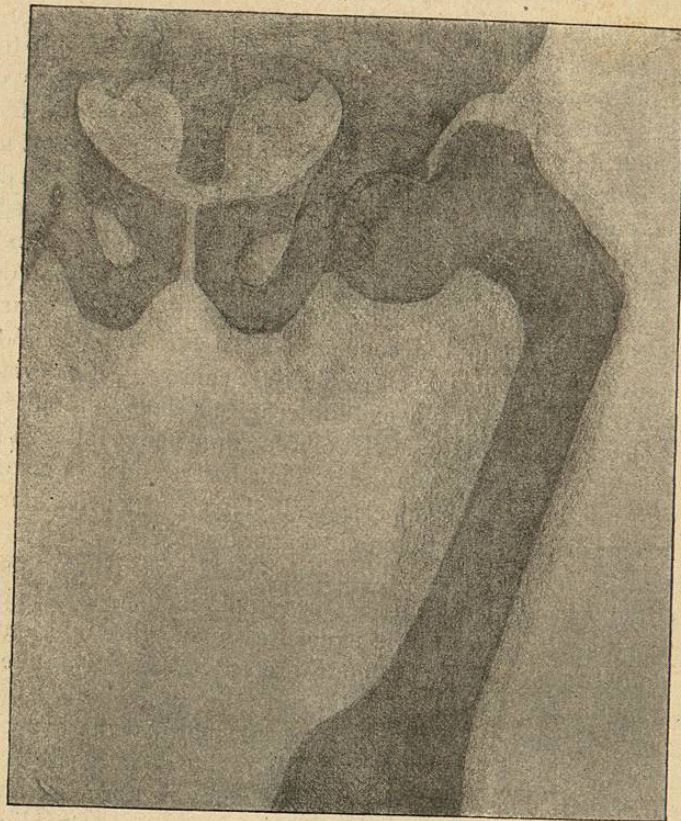


Fig. 277. — Fracture sous-cervicale survenue pendant l'adolescence. Le sommet du grand trochanter est au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser dans la coxa vara.

Les déviations rachitiques du tiers inférieur sont assez fréquentes chez l'enfant. L'os est aminci, aplati d'avant en arrière; il y a une sorte d'étranglement à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur. Comme le tiers moyen, il est souvent oblique à convexité antéro-externe, d'où une attitude en léger varus; en effet, l'axe du membre inférieur, joignant le centre de la tête fémorale au milieu de la mortaise tibio-péronière, passe vers la partie interne du genou, et non plus au milieu de l'espace intercondylien. Le cartilage de conjugaison inférieur du fémur est oblique en haut et en dedans, de même que le plan de l'interligne articulaire du genou. La déviation fémorale peut être compensée par une déviation tibiale.

Les courbures à concavité interne rejettent en dedans le condyle interne du fémur qui paraît très hypertrophié.

La courbure à concavité externe caractérise le genu valgum. Le cartilage de conjugaison est oblique en bas et en dedans; cette courbure est due à l'action des muscles, à la pesanteur et à une prolifération osseuse véritable du bord interne de l'os. Tantôt le tiers inférieur du fémur n'est pas incurvé; il est seulement élargi; son bord interne s'est allongé. Tantôt il est élargi et il présente une incurvation à concavité externe ou interne. Tantôt il y a une déviation du col, c'est-à-dire une coxa vara, les deux tiers supérieurs du fémur présentent une courbe à concavité postéro-interne; quant au tiers inférieur, ou son bord interne s'est allongé, ou il décrit une courbe à concavité externe ou interne. Le genou est alors en varus ou en valgus.

La courbure à concavité postérieure du tiers inférieur du fémur continue souvent celle des deux tiers supérieurs. Le tibia présente parfois aussi cette même courbure.

Quant à l'épiphyse elle-même, elle est peu modifiée; elle est un peu boursoufflée.

La rotation externe que présente le membre inférieur est due à la déviation de la tête fémorale en dedans et en arrière, à l'incurvation à concavité interne de la diaphyse, la face antérieure du fémur devenant de plus en plus externe; les condyles sont déviés dans le même sens. Quant au pilastre du fémur (1), il est également dévié; la structure architecturale se trouve très modifiée, comme le montrent les coupes transversales et verticales de l'os.

Des ostéotomies diverses corrigeront ces déviations si elles résistent au redressement non sanglant. Ainsi Meyer (2) eut à traiter un malade âgé de vingt ans dont les deux fémurs étaient incurvés en demi-cercle et tordus autour de leur axe, de telle sorte que le condyle interne regardait en avant et la rotule directement en dehors. Les jambes étaient incurvées en dehors et en arrière et les crêtes tibiales très hypertrophiées. Les deux membres se croisaient en forme d'X et le malade pouvait à peine marcher. Meyer fit une excision cunéiforme du tiers inférieur du fémur et une ostéotomie du tibia. Le redressement fut parfait.

VI. — DIFFORMITÉS ACQUISES DU GENOU ET DE LA JAMBE.

Nous aurons à étudier ici successivement: 1° le genu valgum; 2° le genu varum; 3° le genu valgum et le genu varum combinés; 4° le genu recurvatum; 5° les déviations paralytiques; 6° les affections des ménisques articulaires; 7° les kystes poplités; 8° les ankyloses du genou; 9° les courbures tibiales diaphysaires.

(1) Voy. EVANGELI, Notes anatomiques sur le fémur, thèse de Paris, 1893.

(2) Cité par Jules BOECKEL, Ostéotomie pour incurvations rachitiques des membres, Paris, 1880.