

II. Genu varum. — Cette déviation du genou en dehors et de la jambe en dedans est congénitale (1), infantile ou tardive.

1° *Genu varum infantile.* — Il s'observe chez des jeunes enfants rachitiques sous l'influence d'une mauvaise attitude.

Ghillini (2) l'a reproduit expérimentalement chez de jeunes lapins en implantant des chevilles d'ivoire dans la moitié interne des cartilages conjugaux fémoral inférieur et tibial supérieur. Le genu varum se constate et se mesure facilement. Il peut guérir spontanément quand l'enfant guérit de son rachitisme.

2° *Genu varum des adolescents.* — Il est moins fréquent que le genu valgum des adolescents. Il survient entre douze et quinze ans, parfois beaucoup plus tard, après la croissance. Ainsi Mac Ewen dit l'avoir observé chez une femme adulte qui avait fait une pneumonie pendant une grossesse. L'ostéomalacie pourrait être invoquée ici.

Le point de convexité maxima est situé soit au-dessus, soit au-dessous de l'articulation du genou; le plus souvent au niveau du condyle externe du fémur.

Les lésions portent souvent sur les deux os, fémur et tibia. Le fémur est souvent courbé en dehors dans ses tiers moyen et inférieur; dans les cas graves, toute la diaphyse fémorale est courbée. Parfois le fémur est droit et la difformité tout entière réside dans le tibia et dans la laxité du genou.

Le condyle externe est abaissé si la courbure fémorale est marquée. Dans les autres cas, les condyles conservent leurs rapports normaux.

Les lésions du tibia sont plus fréquentes que celles du fémur. Tantôt toute la diaphyse est courbée à convexité externe, mais surtout dans les deux tiers supérieurs. La courbure du tiers supérieur commence le plus souvent immédiatement au-dessous de la tubérosité antérieure. Le tibia est souvent aplati latéralement.

Le péroné présente les mêmes inflexions que le tibia. On trouve,

est en rétroversion, le membre inférieur se met en rotation externe, et inversement.

Tantôt il y a une légère déviation du genou en dedans, et les mouvements du genou sont intacts. Tantôt la déviation en dedans est très marquée, et le genou est ankylosé.

Nous en avons observé un bel exemple chez une jeune fille âgée de vingt ans. L'ostéomyélite était survenue à l'âge de quatorze ans. Peu à peu le genou se dévia en dedans, et se plaça, dans la station debout, derrière le genou sain. L'examen de la pièce démontra l'existence d'un abcès sous-périosté. Au niveau des condyles fémoraux et tibiaux, le tissu osseux était très ramolli; il était au contraire très dur dans les autres points. Le tibia était subluxé en arrière et en dehors. Le corps du fémur ne présentait pas de rotation. Les condyles fémoraux étaient soudés aux cavités glénoïdes, l'échancrure intercondylienne était intacte. Le genou était un peu antecurvatum. La flèche de déviation partant du condyle externe était de 10 centimètres. Une ostéotomie sus-condylienne ou une résection articulaire en plein foyer de suppuration nous ayant paru bien aléatoire, nous avons pratiqué l'amputation de la cuisse.

(1) Le genu varum congénital sera étudié plus loin.

(2) GHILLINI, *Archivio di Ortopedia*, 1896, p. 241.

sur le point où la convexité est le plus marquée, des saillies osseuses de renforcement.

Au point de vue symptomatologique, notons que la déviation présente des degrés et des formes très multiples.

Tantôt c'est une déviation légère de la jambe simplement; tantôt c'est une déviation de la jambe et de la partie inférieure du fémur. Tantôt tout le membre inférieur décrit dans son ensemble une courbure à concavité interne. L'orientation de la tête fémorale et la direction du col sont déviées. Le musée Dupuytren nous en montre plusieurs exemples. La marche est évidemment gênée et les mouvements de latéralité du genou sont parfois exagérés (E. Bœckel) (1).

Si la déviation résiste aux appareils de redressement, on aura recours au traitement opératoire.

L'ostéotomie peut porter et sur le genou et sur le tibia et le péroné. Celui-ci est sectionné dans son tiers supérieur et dans son tiers inférieur s'il y a lieu. Dans un cas, Mac Ewen fit chez un adolescent dix ostéotomies en une même séance.

En général, on fait l'ostéotomie supracondylienne cunéiforme à base externe, en abordant l'os par sa face externe (2).



Fig. 285. — Genu valgum et varum combinés infantiles.

III. Genu valgum et genu varum combinés. — Cette déviation est assez rare. Cette combinaison dépend soit de la structure du fémur,

(1) E. BÖECKEL, *Gaz. hebdomadaire*, 25 août 1882.

(2) **Genu varum non rachitique.** — Le genu varum consécutif à une ostéomyélite résulte surtout d'une ostéomyélite du tibia. Il se présente à des degrés divers. Tantôt la déviation est légère, la diaphyse tibiale est incurvée; aussi les rapports des glénoïdes tibiales et des condyles fémoraux sont peu modifiés.

Tantôt la lésion porte sur le tibia et sur le fémur. Nous venons d'en observer un exemple chez un homme qui, quatorze ans après une fièvre typhoïde, eut une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur et de l'extrémité supérieure du tibia. Le genou s'ankylosa en légère flexion et en genu varum de tout le membre inférieur. Il n'y avait plus de fistules osseuses, mais des ulcères trophiques de la jambe et presque circonscrits rendaient le malade complètement infirme: l'inflexion de la jambe commençait exactement au niveau du cartilage diaépiphysaire supérieur du tibia, comme dans le cas d'Ollier représenté (*Traité de chirurgie clinique*, t. III, p. 550). Ce genu varum diaépiphysaire tibial est à différencier du genu varum total, dans lequel la déviation porte sur toute la hauteur de l'os.