

Nous avons tout d'abord à mentionner les mêmes **appareils** que ceux que nous avons fait connaître pour le traitement du genu valgum infantile. Malheureusement, les circonstances sont loin de se prêter à la généralisation de leur emploi. Les malades cagneux appartiennent rarement aux classes aisées de la population ; le plus souvent, même, ils ne peuvent faire les frais de l'appareil qui est toujours d'un prix assez élevé. Mais, à supposer qu'ils aient pour cela les ressources nécessaires, ce n'est que par exception qu'ils pourront travailler avec le membre étendu et fixé dans l'appareil, pendant tout le traitement qui dure souvent plus d'une année. Voilà, certes, des motifs suffisants pour que nous considérions le traitement par les appareils comme devant être l'exception, bien que nous ne puissions mettre en doute son efficacité lorsqu'on procède dans le choix des cas selon les principes émis plus haut.

Le traitement par une **série d'appareils plâtrés** est, certainement, aussi très efficace lorsque le malade peut y consacrer le temps nécessaire. La méthode consistant à corriger graduellement la déformation dans l'anesthésie chloroformique, et à maintenir le résultat obtenu au moyen d'un appareil plâtré, est, à notre avis, celle qui rend le plus promptement les malades à leurs occupations ; toutefois, il est rare que l'on obtienne le redressement complet avant 3 à 6 mois. Lorsqu'il ne s'agit pas d'un haut degré de genu valgum, les malades peuvent très bien se livrer à divers travaux dans le cours du traitement.

Lorsque le malade peut garder le lit, on arrive, en général, promptement au but, au moyen de l'appareil plâtré combiné avec l'emploi des attelles, suivant la méthode de BARDELEBEN. La cuisse et la jambe sont entourées chacune d'un manchon de plâtre après avoir été convenablement garnies de ouate, aux endroits qui pourraient être comprimés. Contre la face externe de ces manchons, on fixe, à l'aide de bandes plâtrées, une attelle correspondant à l'angle externe du genu valgum. Contre cette attelle, on attire l'articulation du genou, au moyen de tours de bandes passant au niveau du condyle interne (les bandes de caoutchouc sont celles qui agissent le plus rapidement). MIKULICZ a imaginé un autre appareil plâtré qui tend aussi à opérer le redressement par traction élastique, mais a, en outre, l'avantage de permettre au malade de marcher.

Cet appareil est appliqué dans l'attitude pathologique du membre, que l'on a eu soin d'entourer d'une forte couche de ouate au niveau du condyle externe. Il s'étend en haut jusqu'au grand trochanter, et en bas jusqu'aux malléoles. En avant et en arrière du genou, on intercale des charnières dans les couches de plâtre, puis on coupe l'appareil circulairement au niveau du genou et l'on en enlève un grand segment dans la région du condyle interne. On a ainsi deux manchons de plâtre entourant l'un la jambe et l'autre la cuisse, et articulés l'un à l'autre au niveau du genou au moyen de deux charnières, l'une antérieure et l'autre postérieure, de façon à permettre à la jambe de se mouvoir dans le sens de l'adduction. Au côté interne de l'appareil, au-dessus et au-dessous de l'échancrure, on fixe, à l'aide de bandes plâtrées, deux crochets

à l'aide desquels on opère une traction élastique. Cet appareil nous semble répondre si bien au but, que nous avons cru devoir en donner le dessin (fig 56).

Parmi les méthodes non sanglantes, il ne nous reste à décrire que le **redressement forcé en une seule séance**. Dans la règle, on réussit à corriger la déformation du membre lorsque, le malade étant anesthésié et la cuisse solidement fixée, on se sert de la jambe comme d'un long bras de levier. Pour des raisons faciles à comprendre, ce procédé, employé chez les individus d'un certain âge, tend bien plutôt à produire

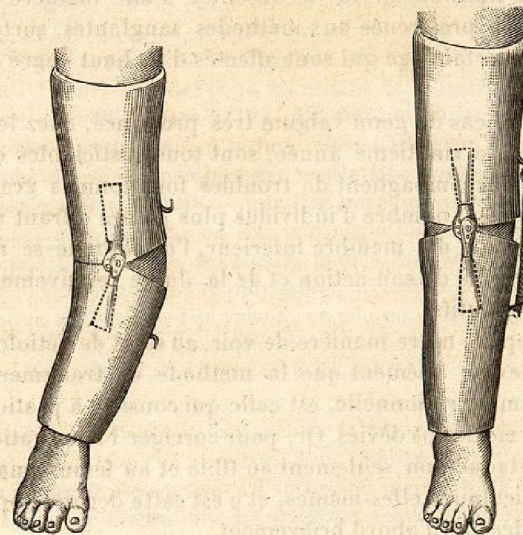


Fig. 56. — Appareil de MIKULICZ pour le redressement du genu valgum.

une déchirure du ligament latéral externe, qu'à corriger la déviation par décollement de l'épiphyse, comme c'est le cas chez l'enfant. BILLROTH a même plusieurs fois pratiqué la section sous-cutanée du ligament latéral externe dans le but de faciliter la correction du genu valgum. Le redressement peut être ainsi promptement opéré, mais le plus souvent, la déviation n'est que compensée grâce à l'écartement des surfaces articulaires, et le malade est obligé de se servir encore longtemps d'un appareil de soutien jusqu'à ce que l'accroissement des os se soit modifié de la manière indiquée plus haut. Pour que cette modification se produise, il faut que le cartilage de conjugaison existe encore, car si la soudure de l'épiphyse s'est déjà opérée, l'articulation reste dans l'état de relâchement où l'a mis le redressement forcé, et la jambe se porte de nouveau dans l'abduction dès que le malade essaie de marcher sans appareil (voir page 634).

En outre, comme le fait remarquer MIKULICZ, en se basant sur sa propre expérience, le redressement peut entraîner une autre conséquence grave, à savoir une paralysie du nerf sciatique poplité externe, lequel peut avoir souffert de l'extension forcée, ou avoir été blessé lors de la section du ligament latéral externe. C'est surtout cette dernière opération qui est à redouter sous ce rapport; en effet, d'après MIKULICZ, on a observé à la clinique de BILLROTH un cas de paralysie du nerf sciatique poplité externe dû à cette cause.

Cette méthode a donc, en somme, peu d'avantages sur celle du redressement graduel, et elle offre un certain nombre d'inconvénients. Aussi croyons-nous devoir la déconseiller d'une manière générale, et nous donnons la préférence aux méthodes sanglantes, surtout chez les individus d'un certain âge qui sont affectés d'un haut degré de genu valgum.

§ 111. — Les cas de genu valgum très prononcé, chez les personnes qui ont dépassé la vingtième année, sont tous justiciables d'une opération lorsqu'ils s'accompagnent de troubles fonctionnels graves. D'autre part, chez un grand nombre d'individus plus jeunes offrant un degré extrême de déviation du membre inférieur, l'ostéotomie se recommande à cause de la sûreté de son action et de la durée relativement courte du traitement consécutif.

Si l'on se rappelle notre manière de voir, au sujet de l'étiologie du genu valgum, on devine aisément que la méthode de traitement que nous considérons comme rationnelle, est celle qui consiste à pratiquer l'ostéotomie cunéiforme des os déviés. Or, pour corriger l'incurvation du membre on s'est attaqué non seulement au tibia et au fémur, mais aussi aux extrémités articulaires elles-mêmes, et c'est cette dernière opération que nous voulons décrire d'abord brièvement.

Vu les limites restreintes de notre ouvrage, nous ne pouvons donner qu'un court aperçu de ces méthodes opératoires pour autant qu'elles ont une importance pratique. La bibliographie concernant la correction du genu valgum par des opérations antiseptiques, a pris, dans ces derniers temps, une extension énorme qui ne semble guère justifiée à première vue. Nous renvoyons le lecteur, qui voudrait être renseigné exactement à ce sujet, au travail de MIKULICZ dans lequel nous avons souvent puisé, ainsi qu'à la traduction du livre de WILLIAM MACEWEN (*Die Ostéotomie*, etc. Stuttgart, 1881, traduit par WITTELSHOEFER). (Traduit aussi en français par DEMONS, Paris, 1882.)

1. De la correction du genu valgum par des opérations pratiquées sur le genou. c'est-à-dire sur la partie articulaire du condyle interne (ostéo-arthrotomie).

Nous passerons sous silence les anciennes opérations telles que la résection totale du genou, dont il peut être question tout au plus dans les cas où l'articulation a été complètement détruite par l'arthrite déformante, comme aussi le procédé d'ANNANDALE qui consiste à scier le

condyle interne après ouverture de l'articulation. Par conséquent, nous avons à décrire en premier lieu la méthode opératoire d'OGSTON.

L'opération d'OGSTON consiste à détacher le condyle interne du fémur par une incision en quelque sorte sous-cutanée, de façon que cette partie de l'articulation puisse, au moment du redressement, se déplacer suffisamment pour effacer l'inégalité de niveau des deux condyles.

On désinfecte tout d'abord le champ opératoire suivant les règles de la méthode antiseptique, et le membre étant fortement fléchi, on plonge un bistouri pointu et étroit d'environ 7 centimètres de longueur, à 6 ou 7 centimètres au-dessus de l'épicondyle interne et au milieu de la face interne du fémur, et l'on dirige la lame de l'instrument en bas et en dehors jusqu'à ce que la pointe soit arrivée dans l'échancrure intercondylienne. On retire ensuite le bistouri en pressant contre la surface osseuse le tranchant de la lame, de façon à diviser toutes les parties molles jusqu'à l'os. En retirant l'instrument, on agrandit l'ouverture cutanée autant qu'on le juge nécessaire pour l'introduction de la scie. Le bistouri enlevé est remplacé par la scie étroite ou scie passe-partout — OGSTON emploie celle d'ADAMS — que l'on introduit dans le trajet de la plaie sous-cutanée, et avec laquelle on scie le condyle interne d'avant en arrière et dans la direction de l'incision des parties molles. Si l'on ne sent pas la pointe de la scie dans l'échancrure intercondylienne, on met la jambe dans l'extension et l'on soulève la rotule, que l'on refoule un peu en dehors, de façon que l'instrument puisse se mouvoir librement. Lorsque la rotule offre déjà un certain degré de luxation en dehors, on sent la pointe de la scie alors même que le genou est fléchi, et l'on peut alors scier le condyle dans cette position. Le redressement que l'on pratique ensuite, achève la séparation de l'os. Puis vient la suture de la plaie, que l'on recouvre d'un pansement antiseptique. Le plus souvent, une hémarthrose succède à l'opération, mais le sang épanché ne tarde pas à disparaître par résorption. La guérison s'opère en cinq à six semaines, et, au dire d'OGSTON, avec conservation des mouvements de l'articulation.

L'opération d'OGSTON n'a presque jamais pour résultat de détacher le condyle interne suffisamment pour que ce dernier remonte simplement au moment du redressement. En général, dans les opérations pratiquées sur le cadavre, il se produit un écartement plus ou moins considérable des deux condyles au niveau du trait de scie, et certainement, il en est de même assez souvent sur le vivant, comme THIERSCH l'a prouvé par l'examen d'une pièce anatomique provenant d'une personne qui avait succombé rapidement, à la suite de l'opération.

L'opération d'OGSTON a pris de bonne heure une grande extension, et il est certain que dans une série de cas elle a permis d'obtenir la guérison avec un genou mobile. Par contre, chez un grand nombre d'opérés, l'articulation a conservé un état de raideur avec et sans suppuration; enfin dans quelques cas publiés, et probablement dans un plus grand nombre encore que l'on n'a pas livrés à la publicité, l'opéré a succombé à la septicémie.

Pour ma part, j'ai été, dès le début, opposé à l'opération d'OGSTON, et