

nier au bout de 15 jours. Entre la 4^e et la 6^e semaine le malade peut se lever et marcher avec ou sans un appareil de soutien.

Avec VOLKMANN, SCHEDE et d'autres auteurs, nous préférons à l'opération de BILLROTH l'**ostéotomie cunéiforme pratiquée sur l'os mis à nu**.

A deux centimètres au-dessous de la tubérosité du tibia commence une incision longitudinale longue d'environ 3 ou 4 centimètres, correspondant au bord interne du tibia et divisant la peau et le périoste. Du milieu de cette incision longitudinale part une incision transversale perpendiculaire à la première, et dépassant un peu le bord externe du tibia. Les lambeaux triangulaires de peau et de périoste sont décollés au moyen de la rugine, puis on détache également le périoste au niveau des extrémités interne et externe de l'incision transversale, jusqu'à ce que les deux rugines employées dans ce but, se touchent dans la profondeur. Le périoste se trouve ainsi décollé sur toute la circonférence de l'os. Au moyen d'un ciseau on enlève ensuite un coin de substance osseuse suffisant pour corriger la déviation. *Il importe de diviser complètement la paroi externe du tibia*, à laquelle correspond le côté tranchant du coin à enlever. En procédant ainsi on ne se trouve nullement dans la nécessité de sectionner également le péroné (SCHEDE), et l'on peut corriger les formes les plus graves du genu valgum. On fait dans le mollet une boutonnière par laquelle sort le drain principal, puis on suture la plaie et l'on maintient le membre redressé au moyen d'un grand pansement antiseptique. Je n'applique pas d'appareil plâtré afin de conserver les mouvements des articulations du genou et du pied. Dès que la consolidation est opérée, je permets au malade de marcher. Comme, en général, j'exagère un peu la correction, je puis dispenser l'opéré de porter un appareil de soutien. Il s'écoule toujours un temps assez long, soit de 6 à 8 semaines, jusqu'à ce que la plaie soit guérie, et que le malade puisse se lever, et 6 mois environ se passent avant qu'il soit en état de marcher sans difficulté.

Nous avons déjà fait remarquer plus haut que, bien souvent, il est plus rationnel d'opérer sur le fémur que sur le tibia, et nous avons dit dans quels cas l'ostéotomie du fémur est particulièrement indiquée. Mais abstraction faite de cette indication spéciale, l'opération en question a été jusqu'ici pratiquée principalement par des chirurgiens anglais, tels que CHIENE, et surtout MACEWEN (nombreux cas, 1877), moins souvent par des chirurgiens allemands (BILLROTH, CZERNY, KOCHER, P. BRUNS, etc.), et dans la plupart des cas elle a donné de très bons résultats. A l'aide du ciseau on fait soit une section linéaire, soit une ostéotomie cunéiforme. C'est à la section linéaire que donnent la préférence la plupart des chirurgiens et surtout MACEWEN. Dans les cas graves l'ostéotomie cunéiforme est peut-être préférable.

Pour l'incision des parties molles MACEWEN donne les règles suivantes, qu'il importe de suivre si l'on veut éviter une blessure de l'articulation et des vaisseaux. Cette incision doit être pratiquée à la face interne de la cuisse au niveau de l'entrecroisement de deux lignes; l'une d'elles passe horizontalement au devant de la cuisse à un travers de doigt au-dessus du bord supérieur du condyle externe, et rencontre l'autre ligne qui est menée parallèlement au tendon du grand adducteur et à 1 1/2 centim. au-devant de ce dernier. Au point où ces deux lignes se croisent commence l'incision longue d'environ 4 centim., dirigée de bas en haut et allant jusqu'à la surface de l'os. On divise le vaste interne tout en respectant l'articulation. Par cette plaie on opère, à l'aide du ciseau, la section transversale de l'os dans une étendue telle, que l'on puisse déterminer sans peine la fracture et corriger ainsi la déviation. La plaie est ensuite drainée et recouverte d'un grand pansement antiseptique, auquel on peut donner une épaisseur suffisante pour qu'il maintienne lui-même le membre dans une bonne position, ou bien on se sert dans ce but d'une attelle spéciale, d'une gouttière en tôle ou en fil de fer.

§ 112. — Nous avons déjà mentionné plus haut le *genu varum* (jambes en O ou bancales) comme une déformation due essentiellement au rachitisme, et nous avons fait remarquer qu'en règle générale, elle doit être attribuée bien plutôt à une incurvation des os dans le voisinage des extrémités articulaires qu'à une conformation anormale de l'articulation elle-même. La déviation peut intéresser soit le tibia au-dessous de l'épiphyse, soit le tiers inférieur du fémur, ou bien, ce qui est le plus souvent le cas, les deux os prennent part l'un et l'autre à la déformation. Tant que l'affection rachitique n'est pas guérie, on peut arriver à un bon résultat par la correction de la déviation, dans l'anesthésie chloroformique. Les fractures incomplètes que l'on produit alors, n'ont aucun inconvénient grave. On peut aussi se servir d'appareils munis d'attelles. Cependant qu'on n'oublie pas que des incurvations rachitiques très prononcées peuvent parfaitement se redresser, alors même que le poids du corps tend à agir dans le sens opposé à la correction. C'est pourquoi il importe de ne pas trop se hâter de pratiquer des opérations destinées à corriger la déviation du membre (voir les affections chirurgicales de la jambe).

Le genu varum, de même que le genu valgum, se développe, en outre, à la suite de pertes de substance d'origine inflammatoire, comme aussi consécutivement à des fractures du condyle interne ou externe.

Nous ne ferons que mentionner brièvement les autres *contractures et attitudes vicieuses du genou*, car une partie de ces dernières sont justiciables du même traitement que les déformations décrites dans les paragraphes précédents; d'autre part, nous reviendrons sur quelques-unes d'entre elles lorsque nous nous occuperons des contractures du pied.

Aux contractures d'origine inflammatoire se relient celles qui se produisent dans les maladies aiguës et chroniques ayant nécessité un *long séjour au lit*. Elles sont la conséquence de la rétraction du tissu conjonctif contenu dans les

muscles fléchisseurs et de celui qui enveloppe l'articulation, surtout dans la région poplitée. Le traitement consiste dans l'extension continue au moyen de poids ou d'appareils, ou dans le redressement forcé (chloroforme), suivi de l'application d'un appareil immobilisateur. Une forme de contracture qui est très rebelle à nos moyens de traitement, c'est celle qui succède à une brûlure de la région poplitée. Il importe au plus haut degré d'empêcher la jambe de prendre une attitude vicieuse à l'aide d'un appareil convenable (appareil plâtré, fenêtré, attelles), comme aussi en faisant de bonne heure des greffes épidermiques. Lorsque la cicatrisation s'est déjà opérée dans une attitude vicieuse, le mieux est de chercher tout d'abord à étendre peu à peu la jambe au moyen de poids ; si ce procédé d'extension échoue, on aura recours ensuite soit à des incisions transversales multiples de la cicatrice, soit à une opération plastique.

Les *contractures congénitales* se produisent le plus souvent dans l'hyperextension ou l'abduction. Dans cette dernière forme la rotule est assez souvent luxée en dehors. A propos des contractures du pied nous reviendrons sur ces attitudes vicieuses, comme aussi sur celles qui succèdent à la paralysie infantile essentielle.

Arthrite déformante, corps étrangers libres et pédiculés du genou.

§ 113. — L'arthrite déformante peut affecter le genou dans sa forme polyarticulaire, ou s'y développer isolément (forme mono-articulaire). Dans ce dernier cas elle succède assez souvent à un trauma, à une fracture, surtout du tibia. Lorsqu'une fracture a précédé le développement de l'arthrite, on voit se produire, en général, une attitude vicieuse très marquée du membre, qui tend à s'exagérer encore dans le cours ultérieur de la maladie (genu varum, genu valgum). Mais même dans les cas où l'arthrite s'est développée spontanément, on observe assez souvent, surtout à une période avancée de la maladie, alors que l'articulation est devenue ballante, une attitude vicieuse du membre avec gêne considérable des mouvements, rotation du tibia en dehors etc. Les altérations des extrémités articulaires consistant dans l'éburnation et la formation de tumeurs cartilagineuses tendant à l'ossification, arrivent parfois à un degré extraordinaire. VOLKMANN, dans ces derniers temps, a décrit et fait dessiner des cas de ce genre survenus à la suite de fractures articulaires du genou.

Les altérations de l'arthrite déformante sont souvent, précisément au genou, d'une gravité particulière, grâce à l'étendue très grande de la synoviale. C'est au genou, en effet, que l'on a observé ces tumeurs multiples qui ayant pour point de départ les franges synoviales, consistent en une production de tissu conjonctif pourvu de vaisseaux et affectant la forme de villosités, ou contiennent du tissu adipeux en abondance, ou encore des noyaux cartilagineux (arthromeningitis prolifera simplex, lipomatosa, cartilaginea). Grâce à la mise en liberté de ces tumeurs, l'articulation malade contient assez souvent des corps étrangers plus ou moins volumineux, qui atteignent parfois des dimensions colossales (voir plus loin).

§ 114. — Les **corps étrangers ou corps libres intra-articulaires** s'observent de beaucoup le plus souvent dans l'articulation du

genou. Leur étiologie ne diffère nullement de celle des corps libres des autres articulations.

Les corps étrangers intra-articulaires sont dus presque toujours à des processus pathologiques de prolifération, de la part de la synoviale, processus qui sont en partie en relation avec la formation des villosités (arthromeningite proliférante), tandis que, dans d'autres cas, se développe dans l'épaisseur de la membrane séreuse une tumeur cartilagineuse circonscrite, qui, peu à peu, fait saillie dans la cavité articulaire, se crée un pédicule et finalement devient libre. Dans d'autres cas moins nombreux, le corps étranger naît de la capsule fibreuse et refoule peu à peu la synoviale dans la cavité articulaire. Bien plus rarement il s'agit d'une prolifération cartilagineuse née du bord du cartilage articulaire, et plus rarement encore le corps libre n'est autre qu'un fragment de cartilage arraché violemment d'une extrémité articulaire par quelque cause traumatique. Au point de vue histologique, les corps étrangers que nous décrivons ici, consistent presque toujours dans du cartilage en partie calcifié, et en partie alternant avec des couches osseuses ; tantôt une coque osseuse contient un noyau cartilagineux, tantôt c'est, au contraire, le cartilage qui se trouve en dehors et la partie osseuse en dedans, tantôt enfin les couches cartilagineuses et osseuses se succèdent plusieurs fois dans la masse du corps étranger. Leur volume est très variable ; ils peuvent n'être pas plus gros qu'un pois ou atteindre un volume double de celui de la rotule, ou même des dimensions encore plus grandes. Leur surface est lisse, polie par les frottements ou irrégulièrement bosselée. Tantôt la cavité articulaire ne renferme qu'un seul corps étranger, tantôt elle en contient plusieurs ou même un grand nombre.

Rappelons ici que le genou peut être le siège d'autres tumeurs libres ou pédiculées. Nous renvoyons le lecteur aux remarques que nous avons faites au sujet des **grains riziformes** que l'on peut y rencontrer. De même on y observe quelque fois des **lipomes pédiculés**. J'ai opéré, en peu de temps, deux tumeurs de ce genre. L'une d'elles s'était développée à la suite d'un trauma. VOLKMANN et LAUENSTEIN ont publié un fait analogue. Des **tubercules conglomérés** de la partie fibreuse de la capsule affectent aussi parfois la forme de tumeurs qui font saillie dans la cavité articulaire (voir plus haut).

Les corps étrangers d'origine pathologique, suivant la description de PONCET, ont ordinairement un hile, et portent souvent des restes de leur pédicule ; ils ont la forme d'une olive ou sont réniformes, et sont souvent au nombre de deux ou davantage. Par contre, les corps étrangers d'origine traumatique sont aplatis, et ne possèdent pas de hile ni de pédicule ; parfois ils présentent, en outre, une fissure. Suivant que l'os est resté intact ou qu'un fragment de ce dernier a été arraché en même temps que le cartilage, le corps étranger est formé de cartilage seul ou se compose de deux parties, l'une osseuse et l'autre cartilagineuse ; mais il ne présente pas cette alternance particulière des deux tissus, telle que nous l'avons décrite pour les corps libres d'origine pathologique.

Les **symptômes** varient suivant que le corps étranger du genou s'est formé dans l'intérieur d'une articulation affectée d'arthrite déformante ou d'hyarthrose chronique, ou qu'il a pris naissance dans une articu-