

La saillie du tibia en dehors est facile à reconnaître, la déformation du genou est caractéristique ; lorsque la luxation est complète, la peau tendue sur la tête tibiale déplacée peut se rompre, il en est de même de celle qui, en dedans, recouvre le condyle interne du fémur. Le ligament rotulien étant inextensible, la rotule est entraînée avec le tibia et prend une position oblique. Les vaisseaux poplités, tiraillés et déplacés de leur verticalité, peuvent se rompre, la gangrène peut s'établir.

Traitement. — Toute luxation latérale du genou doit être réduite, car laissée à elle-même, cette affection entraîne toujours une déformation gênante, une impotence relative consécutive. La réduction n'est pas difficile dans les cas de luxations incomplètes, on combinera l'extension avec des pressions latérales ; elle est plus difficile quand la luxation est complète, mais elle est en général possible sous le chloroforme. La déchirure de la peau rend l'accident très grave, on peut aujourd'hui cependant éviter l'amputation que jadis on considérait comme nécessaire en pareil cas. S'il le fallait on pratiquerait une ostéotomie ou une résection ; quand la gangrène survient, il n'y a pas à hésiter, on amputera.

2° LUXATIONS DE LA ROTULE.

La rotule peut se luxer isolément. Sa forme, plus aplatie dans sa moitié externe, la disposition du condyle externe du fémur, moins saillant que le condyle interne, font que dans la majorité des cas elle est déplacée en dehors ; bien que cependant, dans quelques circonstances, elle puisse se luxer en dedans, qu'elle puisse encore se renverser à moitié, de telle sorte qu'elle soit en équilibre par son bord dans l'espace intercondylien et même que ce renversement devienne complet et que la face antérieure de ce sésamoïde ait pris la place de sa face postérieure.

A. — Luxations latérales de la rotule.

1° *Luxation en dehors.* — C'est dans l'extension de la jambe que le triceps relâché permet le plus de mobilité latérale à la rotule ; si donc à ce moment une chute, un coup sur le côté interne du genou vient à rencontrer le bord interne épais de la rotule, cet os sera repoussé en dehors. D'autre part, la direction suivant laquelle agit le triceps étant oblique en bas et en dedans en raison de l'angle que forme le fémur avec le tibia ; si, brusquement, sous l'influence d'un effort subit et instantané, la traction tricipitale tend à redresser cet angle, la rotule violemment attirée en haut se trouvera en même temps portée en dehors. Elle glissera par conséquent sur le plan incliné du condyle externe ; si ce mouvement de latéralité ne dépasse pas un certain degré tout reprendra sa place aussitôt que la contraction du triceps sera terminée ; mais si cette projection latérale est assez grande

pour que la crête qui divise la face postérieure de la rotule en deux parties inégales dépasse le sommet de courbure du condyle externe, elle glissera plus ou moins suivant l'obliquité de sa facette interne et restera fixée dans cette position. En effet toute contraction du triceps ou tout mouvement d'extension de la jambe ne pourra que raccourcir la corde décrite par l'ensemble de l'appareil d'insertion du triceps fémoral (tendons, rotule, ligament) et le sésamoïde rotulien se trouvera d'autant plus énergiquement appliqué sur le condyle fémoral que la contraction musculaire sera plus forte.

La luxation peut encore se produire quand la jambe est légèrement fléchie, mais déjà, lorsque la flexion est arrivée à l'angle droit, la luxation par cause musculaire n'est plus possible. Dans tous ces cas, la bande aponévrotique désignée sous le nom impropre de ligament latéral interne de la rotule, d'aileron interne, est déchirée. Quant à savoir quel est le chef du triceps, qui en se contractant détermine la luxation de la rotule, c'est là une question superflue et due à ce qu'en général on se rend un compte inexact des actions musculaires ; c'est toujours par groupes fléchisseurs ou extenseurs que nos muscles se contractent sous l'influence de l'excitation des centres de motricité ; si dans les cas de contracture tel ou tel faisceau agit isolément, c'est parce que l'excitation se porte non sur les centres, mais sur les fibres nerveuses conductrices.

Le plus souvent la luxation est incomplète et la surface interne de la face articulaire de la rotule reste en contact avec le condyle fémoral externe ; si la réduction n'est pas faite, elle reste logée en cette place et une fausse articulation se produit. Quand la luxation est complète, quand la rotule s'est tout à fait détachée des condyles fémoraux, en raison de l'amincissement de son bord externe, elle tend à basculer légèrement sur son axe de telle sorte que son bord interne épais et mousse fait saillie en avant.

Au moment de l'accident la douleur est vive, le blessé tombe à terre et ne peut se relever, le bras de levier de l'extension est en effet faussé ; quand on le remet sur ses jambes, il ne peut marcher et toute contraction du triceps est des plus douloureuses. Le genou est élargi en dehors, rétréci d'avant en arrière ; l'espace trochléen du fémur est enfoncé au lieu de faire saillie, on trouve la rotule déplacée, son appareil tendineux et ligamenteux fait un angle à sinus interne. Toujours il se produit un épanchement intra-articulaire séreux ou hématique et les accidents d'arthrite sont à éviter. Quand la luxation est abandonnée à elle-même, l'impotence du membre peut ne pas être absolue, dans quelques cas les blessés ont pu marcher plus ou moins bien ; d'autres fois, le genou s'est ankylosé et les malades se sont trouvés dans la nécessité de se servir toujours de béquilles.

Traitement. — Il faut arriver à faire franchir par la crête de la rotule

le sommet de courbure du condyle; pour cela on relâchera le triceps autant qu'il sera possible par l'extension complète de la jambe combinée, s'il le faut, avec la flexion de la cuisse sur le bassin et on repoussera avec le talon de la main le bord externe de la rotule en dedans. Dans l'immense majorité des cas, on réussit ainsi en agissant avec douceur de manière à ne pas provoquer de contracture réflexe des fibres du triceps. Dans certains cas de réduction difficile, on pourrait fléchir d'abord la jambe, de manière à étendre le triceps et à le relâcher brusquement par l'extension tout en repoussant la rotule en dedans. Dans des cas d'irréductibilité on pourrait faire basculer la rotule directement en pressant sur son bord externe et en dégagant ainsi sa crête postérieure, en même temps qu'on la repousserait en dedans. On obtiendrait le même résultat au moyen d'érigines implantées dans son bord interne et en le dégagant ainsi (Duplay).

Une fois la réduction obtenue, il faut immobiliser le membre, et combattre tous les phénomènes inflammatoires souvent très graves qui peuvent survenir, la compression ouatée rend d'excellents services; les mouvements du genou ne seront permis que tardivement, car jamais il ne faudra perdre de vue qu'en raison de la distension de la capsule, les récidives sont toujours à redouter.

2° *Luxation en dedans.* — Les *luxations en dedans* sont rares et toujours elles sont dues à des causes traumatiques, les phénomènes sont inverses de ceux que nous venons de signaler dans les luxations en dehors; mais de même pour que les complications qui peuvent survenir, les accidents ultérieurs, le traitement, il suffit de transporter de dehors en dedans ce que nous venons de dire, nous n'insisterons donc pas.

B. — *Luxations de champ de la rotule.*

Supposons une violence qui agisse obliquement d'arrière en avant et de dehors en dedans sur l'un ou l'autre bord de la rotule, cette dernière exécutera un mouvement combiné en vertu duquel le bord atteint sera repoussé, soulevé, et l'os tendra à se renverser; mais le bord opposé pourra s'arrêter dans la gorge intercondylienne et la luxation sera verticale. D'autre part, au lieu d'une violence extérieure, c'est la brusque contraction du triceps qui, agissant sur la rotule, alors que dans un faux pas la jambe est tordue sur son axe, déterminera la luxation; le sens de celle-ci dépendra du sens dans lequel la jambe était en rotation. Toujours, dans ces cas, le tendon et le ligament rotuliens très tendus ont éprouvé un demi-tour de torsion, la saillie que la rotule fait en avant est considérable, elle présente un bord mousse ou tranchant en avant, toute contraction du triceps tend à fixer l'os luxé dans sa nouvelle position par redressement de l'arc décrit par l'appareil d'insertion. L'épanchement articulaire se manifeste rapidement, le malade ne peut

ni se relever ni marcher, la jambe est en extension ou plus rarement en demi-flexion.

Traitement. — Les moyens de réduction sont les mêmes que ceux que nous venons d'indiquer, la chloroformisation s'impose pour éviter toute contraction réflexe du triceps. Dès que par l'extension forcée, combinée ou non avec la flexion de la cuisse, le relâchement du triceps est suffisant, la luxation se réduit quelquefois toute seule ou par la simple pression de la main. On connaît cependant des cas où la section du tendon rotulien a été nécessaire. Après la réduction, on immobilisera et on surveillera les accidents inflammatoires toujours à craindre.

On connaît quelques rares cas où le demi-renversement de la rotule, auquel est due la luxation verticale, s'est transformé soit primitivement, soit consécutivement en *renversement complet*, la face cutanée de la rotule étant devenue face articulaire et réciproquement. La torsion du tendon et du ligament rotulien est alors complète et ces liens fibreux forment une véritable corde tendue. Ce sont là des raretés chirurgicales que je me borne à signaler sans y insister davantage.

3° LUXATIONS DE LA TÊTE DU PÉRONÉ.

Très rares aussi, elles peuvent se faire en avant ou en arrière; on les attribue à l'action musculaire, à celle du biceps crural surtout. Tout ce que j'en ai vu dans les auteurs est loin de m'avoir éclairé; pour ma part, je n'ai jamais constaté ces luxations ni sur le vivant ni sur la très grande quantité de cadavres qui ont passé par mes mains. Quoi qu'il en soit, ce serait par la saillie anormale que fait la tête du péroné et le tendon du biceps en avant ou en arrière, par le creux laissé au niveau du tibia par l'os déplacé que l'on pourrait reconnaître cette luxation. La réduction serait facile, mais la contention exigerait de grandes précautions par la tendance à récidive qui se comprend, étant donnée la forme à peu près plane et oblique des surfaces articulaires.

§ 5. — Lésions nutritives du genou.

Comme tous les pathologistes, nous avons pris le genou comme type des diverses formes d'arthrites, des hydarthroses, hémarthroses; nous renvoyons donc le lecteur à ces différents chapitres, et nous nous bornons ici à quelques particularités qui résultent de l'anatomie de la région.

1° HYGROMAS PÉRI-ARTICULAIRES DU GENOU.

La *bourse prérotulienne* peut être remplie par un épanchement séreux séro-sanguinolent ou hémétique, qui quelquefois peut atteindre un volume considérable; c'est comme pour tous les hygromas (voir t. I) à la

suite de pressions répétées (gens d'église, frotteurs, lavandières), que cet accident se produit.

La *bourse pré-tibiale* peut aussi devenir le siège d'épanchements séreux, on constate alors deux saillies molles, fluctuantes, qui débordent de chaque côté du ligament rotulien, la flexion de la jambe est douloureuse. Si le repos, l'immobilité, quelques révulsifs ne suffisent pas, on ponctionnera la poche.

Les *bourses séreuses professionnelles ou accidentelles*, les *gaines tendineuses* du pourtour du genou, peuvent toutes, et en particulier celle de la patte d'oie, être atteintes d'hygromas, on peut même y constater des grains riziformes. Toutes ces inflammations séreuses sont susceptibles de passer à suppuration, de contracter des adhérences vicieuses avec les téguments et peuvent devenir ainsi des causes de fausses ankyloses. On devra donc les combattre, aspirer le liquide s'il est nécessaire, les ouvrir antiseptiquement s'il le faut, et les déterger soigneusement.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai déjà dit dans les chapitres précédents à propos des cas où la bourse sous-tricipitale ne communique pas avec la synoviale articulaire, il peut dans ce cas exister un hygroma sous-tricipital sans hyarthrose du genou. Il me suffit de rappeler ici cette possibilité que le chirurgien ne doit pas perdre de vue. Cet hygroma devra être traité par les mêmes moyens que toutes les autres affections de même nature.

2° ARTHRITE TUBERCULEUSE, TUMEUR BLANCHE DU GENOU.

C'est encore la tumeur blanche du genou qui m'a servi de type pour décrire les arthrites tuberculeuses en général. Comme dans toutes les articulations, le tubercule peut se développer primitivement dans les parties molles, dans la synoviale ou dans les condyles fémoraux, plateaux du tibia et même rotule. Si la tumeur blanche du genou est fréquente, c'est que cette articulation est soumise à une grande quantité de traumatismes extérieurs et à une pression continue par le poids du corps, et nous avons insisté sur l'action déterminante des traumatismes chez les individus en latence d'évolution tuberculeuse.

Plus fréquente chez les enfants, la tuberculose osseuse peut rester localisée dans les extrémités des os sans pénétrer dans la jointure qui, alors, n'est atteinte que d'une arthrite par voisinage et distendue par un simple épanchement séreux. Le foyer tuberculeux, arrêté dans son développement par la présence des cartilages épiphysaire et articulaire, peut passer à la dégénérescence caséuse ou déterminer la suppuration, la formation d'esquilles qui s'élimineront avec le pus par des fistules périphériques, et qui, si le cartilage se nécrose lui-même, pénétreront dans la cavité articulaire. Tous ces phénomènes ont été décrits dans le tome I et longuement étudiés, j'y renvoie le lecteur.

La tuberculose débute chez l'adulte plus fréquemment par les parties molles de l'articulation que par les os, c'est elle qui constitue l'arthrite fongueuse du genou. C'est le plus souvent une infiltration miliare de la capsule ou de la synoviale qui détermine les fongosités, bien que quelquefois les masses tuberculeuses soient plus isolées. Autour de tous ces amas qui n'ont aucune tendance à la transformation caséuse, se produisent des fongosités infiltrées, elles aussi, par les éléments microbiens; un épanchement séro-purulent au milieu duquel naissent des éléments nécrobiosés distend la cavité articulaire. La pyarthrose est primitive, quand la tuberculose débute par les parties molles, elle est secondaire quand l'évolution débute par les os. Mais, quoi qu'il en soit, toujours au bout d'un temps qui varie avec la nature du terrain évolutif, en d'autres termes avec l'état général du malade, toutes les parties articulaires, molles et osseuses, finissent par être envahies, ainsi que l'extrémité de l'os opposé à celui dans lequel le mal a débuté. Toute la jointure est alors devenue une masse fongueuse remplie de débris mélangés à un vaste foyer purulent ou séro-purulent; la peau, restée indemne jusqu'à, se perfore, des fistules s'ouvrent tout autour de la jointure, les microbes pyogènes charriés par l'air peuvent pénétrer et la pyohémie, la septicémie emportent le malade, si déjà la généralisation de la tuberculose aux viscères, quoiqu'elle soit généralement tardive, surtout dans les formes osseuses, n'a pas entraîné une issue fatale. Il faut se rappeler en outre que tout autour de la jointure se forment des abcès périphériques qui ne communiquent pas avec la cavité articulaire; ces abcès froids sont dus à l'infiltration de voisinage des parties molles qui entourent le genou. Ces abcès peuvent s'ouvrir au dehors ou encore détruire les culs-de-sac de la capsule et déverser leur pus dans la jointure.

En général, quand la tumeur blanche du genou est d'origine osseuse, les douleurs sont modérées au début, la marche est possible mais douloureuse, la station debout détermine une sensation de lourdeur, une douleur contuse de l'articulation; peu à peu ces symptômes s'aggravent, mais dans cette forme l'épanchement intra-synovial est tardif, tandis que lorsque la capsule a été primitivement atteinte cet épanchement se manifeste presque d'emblée.

Dans les deux formes la jambe se met en demi-flexion sur la cuisse, cette position intermédiaire du relâchement est due à la présence de l'épanchement, elle diminue en même temps les pressions intra-articulaires et les douleurs. Le triceps s'atrophie, la partie inférieure de la cuisse devient de plus en plus conique, ce qui donne un aspect spécial au membre. Les parties molles péri-articulaires, infiltrées, donnent au doigt qui les explore la sensation d'empatement que nous avons retrouvée dans toutes les arthrites tuberculeuses.

Les surfaces osseuses finissent, sous l'influence de la destruction et surtout de la pression des liquides, par se déplacer et se luxer. Le plus

souvent le tibia se porte en arrière et en dehors par un mouvement oblique qui résulte de la forme même des surfaces en présence; le condyle interne du fémur descendant normalement plus bas et faisant une saillie plus grande en avant que le condyle externe, l'ensemble des surfaces présente donc un véritable plan oblique en arrière et en dehors et la pression lente et continue de l'épanchement pousse l'os de la jambe dans cette direction de moindre résistance. Disons toutefois que l'on peut rencontrer des luxations du tibia en arrière, en avant et même en dedans, suivant que tel ou tel point des surfaces osseuses aura été plus altéré que les autres.

Traitement. — Nous avons insisté sur les différentes méthodes de traitement des tumeurs blanches en général, nous nous bornerons donc à quelques indications particulières au genou.

Si l'on peut tenter la conservation, on redressera d'abord l'articulation, puis on la maintiendra étendue par un appareil inamovible, par l'extension continue au moyen de poids si la gouttière ou l'appareil plâtré ne peuvent être appliqués ou maintenus; on emploiera les révulsifs et surtout la compression ouatée. Le traitement général par les toniques, le séjour à la mer, etc., sera indispensable pour refaire un terrain impropre à l'évolution bacillaire. Les abcès périphériques seront ouverts, drainés, on y pratiquera des injections antiseptiques répétées et l'on pourrait ainsi obtenir une guérison par ankylose.

Dans des cas plus graves, alors que déjà les surfaces osseuses sont détruites en partie, que la jointure est remplie par du pus, que les abcès périphériques existent, on doit ouvrir l'articulation, râcler les parties altérées, os et tissus mous, et surtout poursuivre l'opération jusque dans tous les culs-de-sac, dans toutes les anfractuosités où se trouvent des fongosités; cette arthrotomie donne de bons résultats lorsque les foyers tuberculeux des extrémités osseuses sont superficiels.

Lorsqu'il s'agit de tumeurs blanches d'origine osseuse, les plus fréquentes chez les enfants, Ollier recommande, après avoir ouvert l'article, de détruire toutes les fongosités, pour l'abrasion et la cautérisation, de curer les parties osseuses infiltrées et de respecter toutes celles qui sont saines. On obtiendra par cette méthode d'arthrectomie économique une ankylose avec un moindre raccourcissement que par la résection; en effet quand le foyer tuberculeux fémoral ou tibial remonte jusqu'au cartilage épiphysaire et que par la résection on se trouve forcé à enlever celui-ci, l'os ne peut plus s'accroître en longueur et le raccourcissement est des plus considérables, ce que la méthode d'Ollier permet d'éviter.

Chez les adultes on peut, dans les cas plus graves encore, être amené à pratiquer la résection du genou, qui pourra donner d'excellents résultats grâce à l'antisepsie, jadis c'était là une opération déplorable.

Enfin, dans les cas où l'infiltration tuberculeuse s'étend trop loin sur

l'os ou quand les accidents sont d'une extrême gravité, il restera toujours comme tentative ultime la ressource de l'amputation.

Quelle que soit la méthode que l'on emploiera, l'on n'oubliera jamais que la tuberculose a une très grande tendance à la généralisation et qu'un traitement reconstitutif, tonique, rigoureux, devra être continué longtemps même après la cicatrisation des plaies opératoires.

3° *Ankyloses du genou* (voir t. I, *Ankyloses en général*).

Toutes les fois que la destruction du cartilage diarthrodial a mis les surfaces osseuses, fémur, tibia ou rotule à nu, elles se soudent entre elles et une ankylose osseuse est établie; lorsqu'au contraire les tissus périphériques, capsule articulaire, etc., sont rétractés par inflammation chronique, l'ankylose est fibreuse. Cette rétraction peut être très considérable, les surfaces articulaires sont alors très serrées l'une contre l'autre; elle peut d'autres fois être moins complète, et les os peuvent encore exécuter entre eux des mouvements plus ou moins étendus.

On comprend que dans tous ces cas les muscles de la cuisse réduits à l'immobilité plus ou moins absolue passent à la transformation graisseuse et s'atrophient. Lorsque par une immobilité forcée, maintenue pendant trop longtemps, les fibres musculaires se surchargent de matières grasses, en raison de leur consommation insuffisante de substances nutritives, la stéatose, l'atrophie musculaire peuvent à elles seules être cause d'ankylose fausse du genou; il en est de même dans les cas où une lésion centrale de trophicité, par névrite ascendante peut-être, retentit sur les muscles et en entraîne l'atrophie.

C'est toujours après des fractures, des luxations, des arthrites ou des périarthrites que les ankyloses se produisent.

Par suite de lésions périostiques périarticulaires, des jetées osseuses peuvent s'établir autour de la jointure et l'immobiliser. Les rétractions cicatricielles de la peau, suites d'ulcères et surtout de brûlures, peuvent encore ankyloser en partie le genou.

La rotule peut être soudée dans l'espace intercondylien ou déplacée en dehors sur le condyle externe. D'autres fois elle est restée mobile, et il s'est produit une véritable augmentation de volume des condyles fémoraux qui font saillie en avant; en ce cas le tibia est projeté en arrière de la situation qu'il doit occuper normalement et la rotule est devenue plus ou moins horizontale, c'est une sorte de subluxation en arrière qui s'est produite par cette hypertrophie condylienne. On ne saurait se rendre compte de cette augmentation de volume qu'en admettant que, dans tous ces cas, l'ankylose a été déterminée par une lésion des condyles: fractures, arthrites tuberculeuses d'origine osseuse, etc.

La position prise par le membre varie avec la cause déterminante, mais le plus souvent, en raison de la production directe ou secondaire d'un épanchement intra-synovial, c'est la position fléchie avec légère

rotation en dehors, ainsi que nous l'avons expliqué dans le chapitre précédent.

Nous avons, en nous occupant des ankyloses en général et dans toute l'étude que nous venons de faire des affections du genou, insisté sur les différentes conditions de production de ces positions vicieuses, nous n'avons donc pas à y revenir, disons cependant que la flexion angulaire avec rotation en dehors force le malade à marcher sur ses orteils pour rendre au membre une longueur à peu près normale, en même temps qu'il incline le bassin du côté malade : il se produit alors chez lui une rétraction des fibres du triceps crural et des péroniers, d'où un pied bot équin combiné d'un peu de valgus. Quand la jambe est plus ankylosée encore, le membre devient inutile et la marche n'est plus possible qu'avec des béquilles. Les muscles s'atrophient de plus en plus, le membre est atrophié, et chez les enfants atteints d'ankylose du genou tout le membre inférieur reste plus grêle, moins long que celui du côté opposé.

Traitement. — Avant toutes choses, nous devons rappeler que dans toute affection du genou quelle qu'elle soit, susceptible de se terminer par ankylose, il faut s'efforcer de redresser le membre, c'est là une règle générale qui, dans les arthrites aiguës, doit cependant être modifiée. En effet, si le redressement exigeait des efforts, mieux vaudrait attendre que les accidents inflammatoires aient disparu ou se soient calmés, on aurait lieu de craindre en effet de les raviver et d'entraîner ainsi la production d'une arthrite suppurée; ajoutons toutefois que nombre de chirurgiens se sont bien trouvés du redressement forcé dans les arthrites tuberculeuses suppurées et fistuleuses.

Quand l'ankylose est complète et rectiligne il ne faut pas y toucher; quand elle est angulaire et incomplète, et assez lâche pour qu'un certain degré de mouvement soit encore possible, on la redressera par les procédés lents en une ou en plusieurs séances, avec les mains ou par l'extension continue au moyen des différents appareils énumérés dans les traités de médecine opératoire.

S'agit-il d'une ankylose angulaire fibreuse plus serrée, on préférera l'extension brusque et forcée au moyen des mains ou de l'ostéoclaste de V. Robin. Une fois redressé, le membre sera placé dans une gouttière et l'on y adjoindra l'extension continue par des poids ou par des vis de rappel insérées sur une planchette mobile à laquelle le pied malade est fixé. Il ne faut pas oublier toutefois qu'à la suite d'affections arthritiques ou autres du genou, ayant après une longue durée entraîné l'ankylose, l'artère poplitée elle-même avait participé à la rétraction fibreuse de tous les tissus connectifs du creux du jarret, et qu'à la suite d'ostéoclasie on a vu ce gros vaisseau se rompre et le nerf sciatique se déchirer.

Quand l'ankylose complète, angulaire est devenue osseuse, au lieu de

se servir d'ostéoclastes qui fracturent les os d'une façon brutale et par une force aveugle, nous pouvons aujourd'hui, grâce aux méthodes aseptiques, aller directement à la recherche des travées osseuses qui empêchent les mouvements, et les rompre. Si l'on trouvait l'articulation soudée par toute sa surface, on pratiquerait l'ostéotomie dont, suivant les circonstances, on varierait les sections et l'on pratiquerait l'ostéotomie linéaire ou cunéiforme suivant que l'une ou l'autre serait nécessaire pour amener le redressement. S'il le fallait on aurait recours à la résection du genou; c'est surtout lorsque l'on aurait lieu de redouter la rupture de l'artère poplitée qu'il faudrait s'adresser à cette dernière opération.

§ 6. — Lésions formatives du genou. — Genu valgum et varum.

Ces déformations des membres inférieurs connues de tout le monde sous les noms vulgaires de genoux cagneux, de jambes banales, se manifestent surtout dans le jeune âge, quand les enfants commencent à marcher; on les voit, plus rarement, apparaître vers l'âge où la soudure des épiphyses se complète, on les rencontre enfin chez les vieillards atteints d'ostéomalacie. Jusqu'à ces derniers temps les chirurgiens n'y touchaient pas, on se bornait à recommander aux familles des soins hygiéniques, un traitement général tonique, l'usage des phosphates calciques, l'huile de foie de morue, etc. C'est grâce aux méthodes antiseptiques que l'on peut aujourd'hui, presque sans danger, redresser ces inflexions qui, lorsqu'elles sont très prononcées, constituent une véritable gêne pour la marche, voire même pour la station verticale. Dans le genu valgum, le genou fait une forte saillie en dedans, l'angle formé par le fémur et le tibia est plus aigu que dans l'état normal. Dans le genu varum, le sommet de l'angle formé par les deux os est dirigé en dehors et le genou fait saillie de ce côté, il en résulte une incurvation à convexité externe de tout le membre inférieur. Le plus souvent les déformations portent sur les deux côtés du corps et sont similaires, rarement elles sont unilatérales et bien plus rarement encore on a signalé le genu valgum d'un côté, et le genu varum du côté opposé.

Je ne m'occuperai ici que des déformations d'origine constitutionnelle, si l'on veut me permettre ce mot, et je négligerai toutes celles qui peuvent être dues à des fractures mal consolidées, à des luxations mal réduites, à des ankyloses vicieuses.

On a longuement discuté sur la cause qui produisait ces déviations et sur le mécanisme de leur production. La cause est aujourd'hui connue : c'est toujours le rachitisme qu'il faut incriminer, et tous ceux qui, comme je l'ai fait jadis, ont vu de près les conditions désastreuses dans lesquelles s'accomplit le travail des grands ateliers industriels, des tissages surtout, savent combien le rachitisme des enfants y est fréquent.