

tion disparaît lorsqu'on met le membre dans la flexion, aussi bien, du reste, à l'état physiologique qu'à l'état pathologique, ce qui pourrait faire croire à un redressement qui n'existe pas.

Comment comprendre cette disparition du *genu valgum* dans la flexion de la jambe sur la cuisse? L'explication, que j'ai fournie dès la première édition de cet ouvrage, me paraît être la suivante :

Si l'on représente le tibia par la ligne verticale AB et le fémur par la ligne oblique CA, le point A représentera le genou. Or, si l'on suppose le point A immobilisé (condition qui se trouve naturellement remplie dans les mouvements de flexion et d'extension du genou), les mouvements dont le point A est le centre s'effectuent en engendrant une surface conique. Cette surface diffère sensiblement peu de celle qui serait obtenue en abaissant préalablement une perpendiculaire AD sur la base BC du triangle CAB et faisant tourner le triangle rectangle DBA autour de la ligne AD prise comme axe de révolution.

Les lignes AC et AB représentent deux positions successives d'une même génératrice CB, et l'on peut ainsi se rendre compte de la coïncidence qui, dans la flexion extrême du genou, ne manque jamais de s'établir entre les points B et C. Si l'on songe que le premier de ces points représente le talon et le second la fesse, on comprendra pourquoi le *genu valgum* disparaît dans la flexion extrême de la jambe sur la cuisse.

Le *genu valgum* abandonné à lui-même ne guérissant pas, il convient de le redresser. Nous avons, pour obtenir ce résultat, deux moyens : les appareils et le redressement forcé. Les appareils peuvent être employés utilement chez les enfants, mais j'affirme qu'ils sont absolument impuissants chez les sujets âgés de quatorze ans et plus. C'est à M. Delore (de Lyon) que revient le mérite d'avoir appliqué, le premier, le redressement forcé à la cure du *genu valgum*. J'ai imité un grand nombre de fois la conduite de notre collègue, en variant un peu le procédé, et j'ai pu, en 1874, présenter à la Société de chirurgie des résultats remarquables. Le redressement s'obtient par l'arrachement des épiphyses, soit du tibia, soit, plus souvent, du fémur. Cette opération, en apparence brutale, ne produit pas, en définitive, plus de dégâts qu'une fracture simple ou qu'une forte entorse (1). La seule chose à craindre, car la solidité du genou pourrait en être ultérieurement diminuée, c'est de détacher le ligament latéral externe au lieu de l'épiphyse ; mais, si cet accident survient, il doit être très rare : nous savons, en effet, que les ligaments distendus arrachent presque toujours la portion d'os sur laquelle ils s'insèrent, et, à plus forte raison, cela doit-il arriver dans le cas spécial où il s'agit d'une épiphyse non soudée. C'est cependant pour obvier à cet inconvénient que quelques chirurgiens, d'abord à l'étranger, eurent recours à l'ostéotomie. On pratique la section soit

(1) Voici le procédé que j'employais : Le sujet, profondément endormi, repose sur une table couverte d'un seul matelas peu épais. Le membre inférieur est appliqué sur le rebord de la table, de façon qu'il porte par sa face interne. Le point d'appui doit être pris sur le condyle interne du fémur. La jambe tout entière dépasse donc la table. Il faut confier à un aide vigoureux le soin d'immobiliser la cuisse dans cette position, de manière à l'empêcher de tourner. Saisissant alors de la main droite la jambe vers sa partie moyenne, on s'en sert comme d'un bras de levier, et, pendant que, de la main gauche, on contribue à bien maintenir le genou appuyé sur sa face interne (car de là dépend le succès de l'opération), on exerce des pesées successives et de plus en plus fortes jusqu'à ce que l'on perçoive un craquement caractéristique. Le membre est ensuite placé bien droit dans un appareil silicaté avec attelles latérales, où il est maintenu pendant une cinquantaine de jours.