

du fémur, soit du tibia, avec un ciseau et un maillet, et l'on redresse ensuite. Cette opération donne de bons résultats et est à peu près inoffensive, si l'on fait une bonne antisepsie, ce qui n'existait pas lors de mes premières opérations; aussi me suis-je rallié à l'ostéotomie.

Le genou est susceptible d'éprouver une déviation inverse de la précédente: il est saillant en dehors, et plus ou moins écarté de l'autre dans le rapprochement des membres inférieurs. C'est le *genu varum*: le sujet est alors dit *bancal*. Cette difformité résulte, sans aucun doute, comme le *genu valgum*, d'une inégalité dans le développement des condyles du fémur. On peut également soumettre le genou au redressement forcé. J'ai eu recours une fois seulement à cette manœuvre pour un *genu varum* double sur une jeune fille de treize ans. Bien que l'opération ait été utile, le résultat ne fut pas complet comme pour la plupart des *genu valgum*. J'ai, par contre, obtenu, depuis lors, un résultat superbe par l'ostéotomie sur un jeune garçon de dix-huit ans, atteint de *genu varum* double aussi prononcé que possible.

Je dois encore signaler une déformation du genou caractérisée par une hyperextension de la jambe sur la cuisse, sans déplacement des surfaces articulaires. La jambe et la cuisse forment généralement en avant un angle obtus; mais cet angle peut diminuer, devenir aigu, à ce point qu'il est possible d'amener la jambe au contact avec la face antérieure de la cuisse. On a désigné dans ces derniers temps cette déformation du nom de *genu recurvatum*.

Le *genu recurvatum* est le plus souvent *congénital*; il atteint surtout les filles et de préférence le côté gauche. Il coïncide souvent avec une absence congénitale de la rotule.

Il peut aussi être *acquis*, et la cause paraît être un ramollissement du tibia au niveau de son épiphyse supérieure sous l'influence d'un rachitisme local ou d'une ostéite tuberculeuse.

Il semble qu'il faille faire jouer un rôle important à la contracture du triceps dans la production du *genu recurvatum*.

Il n'est pas très rare de voir, chez les adolescents, les condyles du fémur atteints de sarcome; dans presque tous les cas, on a confondu cette affection avec une tumeur blanche du genou, confusion qu'il est, en effet, difficile d'éviter, surtout au début. Il est bien remarquable que les surfaces articulaires résistent jusqu'à la fin à l'envahissement du néoplasme.

*Condyles du tibia.* — Le tibia est surmonté d'un large plateau sur lequel existent deux cavités peu profondes, les *cavités glénoïdes*, l'une externe et l'autre interne, séparées par une crête osseuse, l'*épine du tibia*. Ces cavités sont notablement agrandies par suite de la présence de fibro-cartilages appelés *semi-lunaires*, *falciformes*, qui jouent un rôle analogue à celui des bourrelets glénoïdien et cotyloïdien et présentent la même structure. Ils sont l'un externe, l'autre interne. L'externe se fixe par ses deux extrémités immédiatement en avant et en arrière de l'épine du tibia; sa forme est assez régulièrement circulaire. L'interne s'attache en avant et en arrière des insertions précédentes, qu'il embrasse, en quelque sorte, dans sa concavité. Il est donc plus large que l'externe et sa forme est demi-circulaire. A la coupe (fig. 300), les fibro-cartilages affectent la forme d'un prisme dont la base est dirigée vers la périphérie et le sommet vers le centre de la cavité; toutefois, le centre lui-même n'est