

du fémur : tout cela a des caractères propres, au milieu desquels il est vite évident que le genu valgum est un phénomène de second plan. De même pour le genu valgum capable d'accompagner la luxation congénitale de la rotule, si l'on a soin, en précisant les dates d'éviter la confusion avec les cas extrêmes où une luxation analogue est la conséquence d'un genu valgum accentué. Le genu valgum de l'arthrite sèche appartient à l'adulte, et plutôt au vieillard.

Une autre cause heureusement rare, de genu valgum infantil est l'ostéomalacie, où le genou en dedans semble être souvent le premier signe appréciable. La plupart du temps, le diagnostic immédiat est impossible, et la surprise est désagréable pour le chirurgien qui voit récidiver la déviation après ostéotomie, puis évoluer la maladie caractéristique. On tiendra pour suspect le genu valgum de la seconde enfance, surtout si l'inclinaison de la jambe augmente si l'analyse des urines indique une déperdition de phosphates, si à la radiographie les os apparaissent anormalement transparents. Dans ces conditions, un clinicien avisé réservera toujours son pronostic, heureux si, par la suite, les craintes ne se réalisent pas.

On ne meurt pas de genu valgum mais on peut mourir avec un genu valgum : d'où quelques autopsies, et en particulier Milkulicz e pu documenter ainsi avec 13 cas en 1879, un fort important mémoire.

On a ainsi noté qu'au genou le ligament latéral interne est allongé et en même temps épaissi, quoi qu'on ait dit : que l'extern est raccourci, que les croisés sont ordinairement sains. Mais les vraies modifications apparaissent sur les os et d'abord sur le fémur.

Le fait principal est que, le corps du fémur étant mis en position normale, l'interligne du genou, au lieu d'être horizontal, est oblique en bas et en dedans ; le condyle interne du fémur descend plus bas que l'externe. Pendant longtemps, on a affirmé que cela tenait à une différence de volume des condyles : l'externe serait aplati et élargi, comme, s'il était soumis à une compression exagérée, l'interne au contraire, serait moins large, moins épais mais plus haut. Mikulicz semble avoir été trop loin en contestant, de façon à peu près absolue, ces modifications de l'épiphyse fémorale, mais il a montré de façon irréfutable qu'elles sont sinon nulles au moins accessoires, qu'on s'en est laissé imposer par une apparence due à une altération diaphysaire. Il existe—comme on le savait avant lui—une incurvation concave en dehors à l'extrémité inférieure du fémur et de là une ascension du condyle externe, une descente de l'interne ; mais si on examine ces condyles, entre leur plan d'appui sur le tibia et leur limite supérieure, on voit qu'ils sont à peu près normaux ; et si, au contraire, on pratique sur l'os une coupe verticale et transversale, on voit que le cartilage conjugal est comme leur plan d'appui, oblique en bas et en dedans. Le parallélisme est conservé entre cette surface dia-épiphyssaire et l'interligne articulaire ; il n'y a pas hauteur anormale de l'épiphyse en dedans, mais obliquité de cette épiphyse au-dessous d'une diaphyse incurvée, dont la limite inférieure est devenue anormalement oblique en bas et en dedans.

Même phénomène, en général moins accentué, au niveau de l'épiphyse tibiale supérieure, dont on a eu tort de nier l'habituelle participation au processus. Les cas à déviation tibiale presque exclusive sont mêmes possibles, quoique rares.

Dans leur ensemble, les deux os sont plus grêles que normalement ce qu'on juge bien par comparaison avec le côté opposé dans les cas unilatéraux. En outre, la torsion normale de l'extrémité inférieure de la diaphyse tibiale en avant et en dedans se trouve souvent très accrue, ce qui nous rend compte de l'adduction du pied précédemment signalée lorsque le malade est couché sur le dos. Le fémur est plus rarement tordu ; cependant, dans les cas accentués, la rotation habituelle de la hanche en dehors ne fait jamais défaut, d'après Mikulicz.

Le cartilage diarthrodial est épaissi dans la partie externe de l'articulation, surchargée comme nous allons voir, aminci dans la moitié interne. De même est épaissi le ménisque externe. Mais ces modifications secondaires n'ont aucun intérêt pathogénique.

D'où viennent ces lésions, De la face diaphysaire, c'est-à-dire fertile, des cartilages conjugaux, où le simple examen à l'oeil nu d'une coupe frontale révèle des altérations graves. D'abord, dans son ensemble, cette couche ostéogénique reconnaissable à son aspect grisâtre, est fortement épaissie : au lieu d'un mince liseré de 1 à 2 millimètres de haut, elle forme une bande de 5, 10 et même 15 millimètres. En outre, elle est beaucoup plus épaisse en dedans qu'en dehors. Et dans cette couche, l'ostéogénèse est pathologique, la ligne de jonction entre le cartilage et l'os est diffuse, par places mamelonnée ; et au microscope on trouve dans cette couche de prolifération des lésions cellulaires identiques à celles du rachitisme.

J'ai discuté plus haut, d'ensemble, si de cette identité d'aspect histologique nous pouvions conclure à l'identité de maladie. En tout cas, il reste établi que la face active du cartilage conjugal est malade ; qu'à ce niveau la malléabilité de l'os est probablement exagérée, comme dans le rachitisme vrai, et dès lors la pathogénie du genu valgum devient assez claire.

Nous sommes en droit de faire table rase des théories exclusives—pour la plupart démontrées fausses depuis longtemps—ou l'on a voulu invoquer la contracture du biceps fémoral ou la paralysie des muscles de la patte d'oie ; la rétraction du ligament latéral externe ou le relâchement de l'interne ; nous devons arriver à celle que j'ai exposée pour le pied plat.

A l'état normal, tous les sujets ont un léger degré de genu valgum, plus accentué dans le sexe féminin ; l'axe du tibia, au lieu de prolonger directement celui du fémur, s'en écarte en dehors de 150 environ. Aussi, on dans la station, le poids n'est-il par réparti également sur les deux condyles fémoro-tibiaux : certes, la ligne de gravité n'est que peu excentrée, mais elle l'est, d'où, en somme une légère tendance à la surcharge relative du condyle externe, à faire