

La difformité est rarement symétrique, mais, avec prédominance souvent marquée d'un côté. Elle m'a paru plus souvent bilatérale qu'on n'a coutume de le dire. Quand elle est unilatérale il en résulte un raccourcissement du membre, d'où, dans les cas très accentués, une inclinaison du bassin avec scoliose de compensation, toutes réserves faites sur les associations dues à la perturbation ostéogénique générale dont j'ai déjà parlé.

Dites maintenant au sujet de marcher : avec un genu valgum bilatéral, il se balance disgracieusement à chaque pas, comme un marin, pour que ses genoux ne se choquent en se croisant ; en même temps, il marche en flexion du genou, d'autant plus que la déviation est plus grande, presque, dans les cas extrêmes, comme dans un fauteuil.

En quelques secondes, l'existence de la lésion est ainsi reconnue : mais l'examen du sujet couché sur le dos est indispensable. Les membres doivent reposer exactement à plat sur la table — et non sur un matelas — les condyles se touchant, sans quoi la déviation est masquée en tout ou en partie. Les talons s'écartent alors, et de plus, dans les cas anciens vous constatez un certain degré de rotation de la pointe du pied en dedans, avec tendance à l'adduction compensatrice de l'avant pied : ce qui n'est nullement contradictoire du pied plat, légèrement valgus, observé pendant la station debout et surtout pendant la marche,

Par mensuration de l'espace compris entre les deux malléoles internes, vous appréciez, en gros, l'importance de la difformité, et surtout vous avez un point de repère pour déterminer, par des examens successifs, si elle augmente, diminue, ou reste stationnaire, et pour cela Bradford et Lovett conseillent, le sujet étant assis, les membres inférieurs à plat sur une feuille de papier, de marquer au crayon sur cette feuille le triangle d'écartement, en suivant le bord interne des jambes.

Cela ne nous renseigne pas suffisamment sur la part prise à la lésion par chacun des deux membres lorsqu'il n'y a pas unilatéralité, ou tout au moins prédominance considérable d'un côté. D'une manière générale, il est vrai, cela se voit assez pour qu'on sache de quel côté opérer, et en tout cas, un procédé assez grossier pour être réellement pratique consiste à abaisser la hauteur sous forme d'un ruban quelconque du sommet condylien du triangle sur la base intermalléolaire. Ou bien, comme Delore, on applique une longue règle plate à la face du membre, du grand trochanter à la malléole, et l'on mesure la flèche entre elle et l'interligne du genou ; normalement de 2 centimètres, cette distance peut aller à 15 centimètres. Je ne vous conseille pas de recourir aux mesures d'angles, toujours plus ou moins complexes, et sans utilité chirurgicale réelle.

Sur le membre en extension, la rotule peut être restée dans l'axe verticale, mais elle est d'habitude déjetée en dehors, jusqu'à être

même franchement luxée dans les cas extrêmes. Peu à peu toutefois elle revient en position normale, sur la trochlée fémorale, à mesure que vous fléchissez le genou vous notez qu'une fois la flexion achevée, la difformité a disparu, que le talon touche l'ischion, le mollet longeant bien la face postérieure de la cuisse ; souvenez vous que, pour marcher mieux il y a un instant le malade pliait les jarrets.

Remettez le membre en extension, et explorez la solidité articulaire : elle est diminuée car dans le genou vous trouvez souvent un certain degré d'hyperextension, et presque toujours des mouvements de latéralité, auxquels il n'a pas droit dans l'extension. Constatation importante pour le pronostic fonctionnel post-opératoire car le redressement du membre n'est pas un remède à cette laxité articulaire qu'il faut par conséquent reconnaître à l'avance.

Malgré ce relâchement, et même quand il est considérable, la correction du valgus est impossible en extension, et comme d'autre part, on ne sent à la partie externe du creux poplité aucun « corde musculaire tendue » — la rétraction du biceps et du fascia lata n'appartient qu'aux cas extrêmes et invétérés — on arrive par la clinique à cette conclusion qu'il existe à la réduction un obstacle osseux.

La lésion est indolente pas toujours, cependant, de façon absolue. Les douleurs spontanées, au repos, sont tout à fait exceptionnelles, mais il n'est pas très rare que le sujet souffre un peu dans l'extrémité inférieure du fémur, à l'occasion des marches un peu fatigantes, des stations debout un peu prolongées, et dans ces moments, la pression localisée trouve quelque sensibilité sur la ligne conjugal inférieure du fémur, en dedans principalement. La douleur tibiale est bien moins fréquente.

Spontanées ou provoquées, les souffrances peuvent persister légères d'ailleurs, pendant toute l'évolution du mal ; mais d'ordinaire, elles ne sont ressenties que durant les premiers mois.

Il s'agit, en effet, d'une maladie chronique la où fin de la période de croissance marque seule la fin de la tendance de la lésion à s'aggraver, vite ou lentement, si on l'abandonne à elle-même. À un moment donné, l'état local devient stationnaire de lui-même : le processus causal est enrayé, mais la déviation de la jambe persiste, fort désagréable, parcequ'elle est disgracieuse et qu'elle rend fatigante la marche et même la station debout. D'où, dans les cas accentués des incapacités fonctionnelles possibles.

Le type classique que je viens de décrire est assez net pour que ce *genu valgum de l'adolescence*, celui qu'on appelle vicieusement essentiel, ne puisse pas être confondu avec ceux qu'on appelle *symptomatiques*. L'énumération de ceux-ci va suffire au *diagnostic différentiel*. Le *genu valgum rachitique* a débuté dans la première enfance et d'autres os portent des stigmates du mal. La paralysie infantile avec son atrophie musculaire et l'association habituelle de *genu recurvatum*, la tuberculose du genou, l'ostéomyélite prolongée