

tages et les inconvénients que présentent l'un et l'autre de ces procédés opératoires. L'ostéotomie a contre elle de produire une fracture à foyer ouvert, pouvant servir de porte d'entrée aux germes infectieux et entraîner à sa suite des accidents de la plus haute gravité. Avant l'ère antiseptique, ces fractures ouvertes avaient parfois une terminaison funeste, et il me souvient d'avoir vu mourir de septicémie une jeune fille à qui un de nos grands chirurgiens avait pratiqué l'ostéotomie. Même à l'heure actuelle, si puissamment armés que nous soyons contre l'invasion des germes pathogènes, il est évident qu'il vaut mieux traiter une fracture fermée plutôt qu'une fracture ouverte, et l'ostéotomie peut nous exposer à de sérieux dangers. D'autre part, cette opération présente l'avantage de n'exiger qu'un outillage simple, que tout le monde peut se procurer. Si l'on ajoute à cela la facilité préparatoire de l'ostéotomie, on comprend la préférence que lui accordent beaucoup de chirurgiens, surtout à l'étranger.

L'ostéoclasie a pour elle de produire une fracture fermée et de mettre à l'abri des accidents qu'on pourrait reprocher à l'ostéotomie. Ce n'est pas une opération sanglante et elle paraît donner d'excellents résultats. Malheureusement, elle a l'inconvénient d'exiger un outillage spécial, un appareil coûteux qu'il n'est pas donné à tout le monde de connaître et de manier avec l'habileté que donne l'habitude.

Si l'on interroge les statistiques, il est difficile de se faire une opinion exacte sur les résultats définitifs obtenus par l'ostéotomie ou par l'ostéoclasie. Toutefois, mon expérience personnelle me porterait à conclure en faveur de cette dernière, car, sur neuf malades que j'ai opérés par l'ostéoclasie, j'ai enregistré neuf succès. L'ostéotomie ne m'aurait pas fourni de résultats plus brillants. On a cependant reproché à l'ostéoclasie d'exposer aux récidives du genu valgum, mais il me semble que ce reproche n'est pas fondé ou du moins ne doit pas s'adresser au procédé opératoire.

Chez les jeunes sujets dont on a corrigé la difformité, le cartilage conjugal du côté interne peut continuer à être le siège d'une suractivité fonctionnelle qui reproduit le genu valgum. Cette persistance de l'évolution vicieuse peut donc s'observer après l'ostéotomie, tout aussi bien qu'après l'ostéoclasie. M. Collin a rappelé récemment qu'il avait opéré avec son appareil un genu valgum déjà traité par l'ostéotomie.

En résumé, la chirurgie vous offre, contre le genu valgum, deux procédés qui donnent l'un et l'autre d'excellents résultats, et je ne saurais vous conseiller l'un à l'exclusion de l'autre. Si vous opérez dans un milieu où l'asepsie ne vous semble pas rigoureuse, et si, d'autre part, vous êtes en mesure de vous procurer l'appareil de M. Collin, vous ferez bien de pratiquer l'ostéoclasie. Si, au contraire, vous vous trouvez dans les conditions les meilleures pour pratiquer une opération sanglante, si vous êtes sûrs de ne