

cas, le membre reste très affaibli. Mais on peut toujours étendre la jambe dans une certaine limite parce que le quadriceps est réuni à la jambe par des fibres aponévrotiques (Lorinser). Depuis la méthode antiseptique, on a fait avec succès la suture du tendon.

Rupture du ligament rotulien. — Cette rupture est rare. Dans certains cas, on a vu se produire un fort déplacement de la rotule en haut, que l'on a désigné à tort sous le nom de luxation de la rotule en haut.

Le traitement de cette affection repose sur le même principe que celui des fractures transversales de la rotule. Dans les deux cas on pourrait faire la suture antiseptique.

Il résulte de tout ce chapitre qu'en présence d'un traumatisme du genou, cette articulation devra être examinée avec le plus grand soin ; car on voit souvent en pratique des traumatismes pris au début, pour de simples contusions ou entorses et qui plus tard sont reconnus pour appartenir à l'une des lésions que nous venons d'étudier. En tous les cas, alors même que l'on se sera assuré qu'il n'existe qu'une simple contusion ou entorse, on veillera à ce que le membre soit dans une immobilité complète ; on prescrira un traitement antiphlogistique, suivi bientôt de massage.

Une des blessures les plus rares de la région du genou est la *luxation de la tête du péroné*. Elle peut se produire sous l'influence de la traction du biceps, et alors en arrière. Sanson a vu un cas dans lequel la tête du péroné pouvait être poussée en avant et en arrière, mais revenait d'elle-même dans sa position normale ; le patient avait été écrasé par une voiture en sorte que la malléole était plus élevée, ainsi que la tête. Boyer vit le péroné tout entier remonté. Foucher et Melzer ont vu dans cette position des cas de luxations compliquées de fracture.

§ 7. — Arthrites du genou.

Épanchements dans le genou. — Quand on perfore la rotule, que l'on fixe dans le trajet une canule, et qu'on injecte dans le genou un liquide jusqu'à distension maxima, on peut se rendre compte de la façon la plus parfaite de la configuration de la cavité articulaire. On voit alors que l'article est surtout gonflé en avant ; ici la capsule est large et extensible, tandis qu'en arrière elle est constituée par de courts faisceaux fibreux dont quelques-uns ont un nom particulier ; ainsi en avant le liquide injecté s'amasse et soulève toute la paroi antérieure de la capsule au-devant des os. La capsule s'insère sur tout

le pourtour de la surface recouverte de cartilage de la rotule : la rotule se soulève donc en même temps que la capsule, de sorte qu'entre sa face postérieure et la trochlée fémorale se trouve un vaste espace rempli de liquide sur lequel nage la rotule.

Quand l'articulation est vide et dans l'extension, les contours de la rotule se dessinent nettement ; on voit une dépression légère en dehors, plus profonde en dedans ; quand l'articulation est injectée, non seulement ces dépressions disparaissent, mais elles sont remplacées par des bosselures dues à la distension de la capsule. Les contours du ligament rotulien, nettement dessinés dans la flexion, disparaissent également par l'injection et sont remplacés par des saillies. En haut, on sait que le sommet de la synoviale est en communication avec la vaste bourse sous-tricipitale ; quand on injecte l'articulation, cette bourse se gonfle naturellement aussi ; c'est pourquoi le gonflement de l'articulation s'étend si haut. La limite supérieure de ce gonflement, convexe en haut, est située à une largeur de rotule au-dessus du bord supérieur de la rotule. En bas la capsule s'insère au niveau de la surface articulaire du tibia ; ici, la tumeur est limitée par une courbe circulaire. Dans le creux poplité, les formes extérieures ne sont nullement modifiées.

Pendant que l'on pousse l'injection, on voit aussi l'articulation changer d'attitude, elle se met dans une flexion qui atteint dans l'attitude pathologique 150°, et reste à ce point dès qu'aucune goutte de liquide ne peut plus pénétrer, c'est-à-dire quand elle est distendue au maximum.

Si maintenant on considère *in vivo* une articulation atteinte d'épanchement, on voit qu'elle a la même forme et la même attitude pathognomonique. Si l'on veut avoir la preuve indubitable que le gonflement articulaire est dû à l'épanchement, il suffit de vérifier que la rotule est soulevée par une masse liquide qui la sépare de la face antérieure du fémur. On peut s'en assurer très facilement en appuyant sur la rotule. Si elle se laisse déprimer et si elle ne rencontre le fémur qu'après un certain temps, c'est qu'entre elle et lui se trouve un épanchement. Ce phénomène a reçu le nom de choc rotulien. Si l'articulation ne contient que peu de liquide, on ramènera ce dernier au centre de l'articulation en comprimant le cul-de-sac supérieur de la synoviale ; puis on verra la rotule se soulever, s'abaisser sous l'influence de la pression digitale, mais remonter aussitôt que cette pression cesse. Cette preuve est bonne dans toute circonstance.

Variétés des arthrites du genou. — Les inflammations de cette articulation sont de différentes natures ; nous ne trouverons pas toujours un épanchement liquide.