

de départ d'œdème persistant, dans les cas où la circulation veineuse ne se rétablit pas par les voies collatérales; elle peut causer des embolies et même l'infection purulente, dans les cas où surviennent des complications septiques.

Diagnostic. — Le diagnostic semble ne pas devoir présenter de difficultés. Cependant il est des cas dans lesquels on a méconnu la nature du vaisseau lésé; Dupuytren⁽¹⁾ a publié le cas d'un enfant qui avait eu la veine crurale ouverte; par suite d'une déplorable erreur, on appliqua la compression entre la blessure et le cœur, l'hémorragie ne fut pas arrêtée; on augmenta encore la compression et l'hémorragie ne fit que redoubler; on envoya alors l'enfant à l'Hôtel-Dieu, où il expira quelques instants après son arrivée; à l'autopsie, on trouva l'artère fémorale saine, la veine seule était intéressée.

M. Nicaise, dans sa thèse, rapporte deux exemples analogues empruntés à Delore et à Gayet (de Lyon). Dans le cas de Delore, il s'agissait d'un jeune garçon boucher qui s'était fait une plaie de la veine fémorale au niveau de l'anneau de Hunter; le chirurgien appelé crut à une lésion de l'artère et pratiqua une forte compression au-dessus de la blessure. Le jeune homme, âgé de quinze ans, succomba quelques heures après à l'hémorragie. Delore constata, à l'autopsie, que l'artère était intacte et que la veine seulement avait été divisée.

Dans le fait de Gayet, on avait eu recours non seulement à la compression, mais encore à la ligature de l'iliaque externe; à l'ouverture du corps, on trouva une lésion de la veine et de l'artère fémorale profonde.

L'abondance de l'hémorragie, et ce fait que, par suite des contractions musculaires, le jet affecte parfois la forme saccadée, expliquent la possibilité des erreurs que nous venons de signaler. Toutefois la coloration du sang et les résultats fournis par la compression, suivant qu'elle est exercée au-dessus ou au-dessous de la plaie, suffisent à faire poser le diagnostic.

Traitement. — Le traitement des plaies de la veine fémorale constitue le point le plus intéressant dans l'étude de cette question. Au commencement de ce siècle, une doctrine s'établit parmi les chirurgiens, tendant à faire considérer la ligature de la veine fémorale au-dessous de l'arcade de Fallope comme beaucoup plus grave que celle de l'artère correspondante, et exposant fatalement à la gangrène. Roux rapporte le cas d'un malade chez lequel un coup d'épée ayant ouvert la veine fémorale, la ligature de ce vaisseau amena la gangrène du membre. Dupuytren a vu un malade chez lequel la gangrène fut imminente à la suite de la ligature de la veine. Cette crainte de la gangrène à la suite de la ligature veineuse fut partagée par Boyer, Sanson, Chassaignac. Guthrie alla même jusqu'à conseiller l'amputation dans les cas où la veine fémorale était blessée en même temps que l'artère, parce que, dans tous ces cas, dit-il, il a vu survenir la gangrène du membre.

De cette crainte est née la proposition faite par Gensoul, en 1851, et qui consiste à traiter les plaies de la veine fémorale par la ligature de l'artère correspondante, dans le but d'éviter la stase veineuse et la gangrène qui en serait la conséquence. Cette opération fut faite par Gensoul en 1855⁽²⁾ sur un homme dont la cuisse, à sa partie moyenne, avait été frappée par une balle

⁽¹⁾ DUPUYTREN, *Leçons orales de clin. chir.*, t. VI, p. 62.

⁽²⁾ GENSOUL, *Hémorragie à la suite d'une plaie de la cuisse par balle; ligature de l'artère fémorale, mort, lésion de la veine fémorale reconnue à l'autopsie. Gazette méd.*, 1855.

qui avait en même temps fracturé le fémur. L'hémorragie fut supprimée, il n'y eut point de gangrène, mais le malade succomba le septième jour à des accidents septiques.

Langenbeck adopta cette pratique; il fit la même opération en 1857, et guérit sa malade⁽¹⁾.

Il existe cependant un bon nombre de faits cliniques qui montrent que cette conduite n'est pas justifiée. Roux, en 1855, ayant blessé la veine fémorale au-dessus de l'embouchure de la saphène, au cours de l'extirpation d'une tumeur de l'aîne, appliqua une ligature au-dessus et au-dessous de la plaie et guérit son malade⁽²⁾. Pareil accident est arrivé à Malgaigne⁽³⁾; il jeta une double ligature sur la veine; il n'y eut point de gangrène, mais le malade mourut d'hémorragie secondaire. De même, dans des blessures accidentelles de la veine fémorale, la ligature de ce vaisseau a été pratiquée par Larrey, Desprès, Tillaux, sans qu'on ait vu survenir d'accidents gangreneux. Du reste, la question, déjà résolue par les faits cliniques, a été jugée également par l'expérimentation. Dans sa thèse de 1855, M. Verneuil⁽⁴⁾ a démontré, par des injections, qu'il existe entre le bassin et la racine de la cuisse des voies collatérales assurant la circulation en retour. Les recherches de MM. Richet, Sappey, Nicaise, parlent toutes dans le même sens. On peut donc s'étonner que la doctrine ancienne de Gensoul et de Langenbeck ait trouvé encore en Allemagne des défenseurs, parmi lesquels nous pouvons citer Tillmanns et Kraske. Aussi, dans un mémoire sur l'extirpation des tumeurs de l'aîne, avons-nous repris l'étude de cette question⁽⁵⁾.

Le fait qui a été le point de départ du travail de Tillmanns vient justement à l'encontre de l'opinion de l'auteur. Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans qui s'enfonça un tranchet dans la cuisse droite, un peu au-dessus de la partie moyenne. L'artère et la veine fémorales avaient été lésées immédiatement au-dessous des vaisseaux fémoraux profonds. On lia d'abord les deux bouts de l'artère, mais l'hémorragie continuant par la veine, on dut lier aussi les deux extrémités de celle-ci; le malade guérit. Ainsi donc, la ligature de l'artère avait été insuffisante pour arrêter l'hémorragie veineuse⁽⁶⁾.

Le même fait est consigné dans un cas de Gerster⁽⁷⁾, relatif à un jeune homme atteint d'une hémorragie secondaire de la veine fémorale, après l'extirpation d'une tumeur ganglionnaire de l'aîne. On voulut d'abord recourir à la ligature de l'artère fémorale; pour en examiner les chances de succès, on fit la compression de l'artère sur le pubis; mais on vit l'hémorragie veineuse continuer; dès lors, on abandonna toute idée de ligature de l'artère.

De même encore dans un cas de Pilcher⁽⁸⁾; un canif avait déterminé une plaie

⁽¹⁾ LANGENBECK, cité par Follin, in *Traité élément. de pathol. externe*, t. II, p. 555, et Thèse d'agrég. de Nicaise, 1872, p. 87.

⁽²⁾ ROUX, *Tumeur de l'aîne, ablation, ouverture de la veine fémorale; ligature des deux bouts, œdème, guérison. Bull. de la Soc. de chir.*, 27 juillet 1855.

⁽³⁾ MALGAIGNE, *Traité d'anat. chir.*, 1859, t. I, p. 544.

⁽⁴⁾ VERNEUIL, *Le système veineux; anatomie et physiologie. Thèse d'agrég.*, 1855.

⁽⁵⁾ KIRMISSON, *De l'extirpation des tumeurs du triangle de Scarpa. Revue de chirurgie*, 1886, p. 561.

⁽⁶⁾ TILLMANN, *Des blessures et des ligatures des vaisseaux fémoraux principaux. Berl. klin. Woch.*, 17 et 24 janvier 1881, n° 5, p. 55 et n° 4, p. 55.

⁽⁷⁾ GERSTER, *Annals of Surgery*, fév. 1885.

⁽⁸⁾ PILCHER, *Blessure incomplète de la veine et de l'artère fémorale; ligature de la plaie, guérison. Annals of Surgery*, fév. 1885, p. 167.

incomplète de la veine et de l'artère fémorales. L'artère fut liée au-dessus et au-dessous de la plaie et l'on n'en vit pas moins continuer l'hémorragie veineuse, qui nécessita la ligature du vaisseau.

Ces faits démontrent que la ligature de l'artère principale du membre ne suffit pas toujours à arrêter l'hémorragie de la veine fémorale. L'opinion qui attribue à la ligature de la veine la production de la gangrène n'est pas mieux fondée.

Dans un travail sur ce sujet, Braun⁽¹⁾ examine successivement les résultats fournis par :

- 1° La ligature isolée de la veine;
- 2° La ligature isolée de l'artère;
- 3° La ligature simultanée de la veine et de l'artère.

La veine fémorale, nous dit Braun, a été liée seule 17 fois; 11 fois pour lésion de ce vaisseau pendant l'extirpation d'une tumeur, 6 fois pour d'autres motifs. Sur les 11 premiers cas, il y a eu 8 guérisons, 2 morts par hémorragie et 1 par pyohémie; jamais de gangrène, 5 fois seulement un léger œdème de la jambe. Dans les 6 autres cas, il y eut deux morts par gangrène, 1 cas sans troubles circulatoires et 5 guérisons.

La ligature isolée de l'artère fémorale ou iliaque externe pour plaie de la veine crurale seule, ou pour plaie simultanée de l'artère et de la veine, a donné, sur 5 cas, les résultats suivants : 1 gangrène mortelle, 1 mort par pyohémie et 5 guérisons.

Enfin, dans 15 cas de ligature simultanée de l'artère et de la veine, il y a eu 8 guérisons et 7 gangrènes, qui, presque toutes, ont amené une terminaison fatale.

Ainsi, donc, la ligature de la veine, pratiquée 17 fois, n'a causé que 2 gangrènes, tandis que la ligature isolée de l'artère ou simultanée de l'artère et de la veine a causé, sur 20 cas, 8 gangrènes, c'est-à-dire un chiffre 5 fois plus élevé. La ligature isolée de la veine, immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, est donc plus avantageuse pour la circulation du membre que la ligature isolée de l'artère ou la ligature simultanée de l'artère et de la veine.

Ces conclusions, qui sont celles de notre mémoire de 1886, nous paraissent devoir être conservées aujourd'hui, en dépit de l'effort fait par M. Maubrac⁽²⁾, pour faire revivre la théorie ancienne; cet auteur conseille en effet, après la ligature de la veine blessée, la compression de l'artère, ou si celle-ci est impossible, la ligature de l'artère fémorale superficielle d'après le conseil donné par L.-S. Pilcher (de New-York).

Nous ne saurions adopter ce précepte, et nous conseillons purement et simplement la ligature de la veine au-dessus et au-dessous de la plaie, en ayant soin d'y joindre la ligature des collatérales, si l'une d'elles se trouve ouverte et prolonge l'hémorragie.

Il est évident toutefois que la ligature de la veine fémorale au-dessous de l'arcade de Fallope ne saurait être regardée comme exempte de gravité. Aussi, dans les cas où la plaie veineuse est très petite, vaut-il mieux se contenter de la compression. Celle-ci peut être faite de deux manières différentes : elle peut être

(1) BRAUN, *La ligature de la veine fémorale au niveau du ligament de Poupert*. Arch. f. klin. Chir., Bd. XXVIII, p. 610, fasc. 5.

(2) MAUBRAC, *Plaies et ligature de la veine fémorale*. Arch. gén. de méd., 1889, vol. I.

directe ou indirecte. Déjà M. Ollier a rapporté, dans sa thèse⁽¹⁾, des faits de plaies très petites, où il a suffi de placer sur la peau un point de suture pour mettre un terme à l'hémorragie veineuse. On peut également établir sur la plaie cutanée elle-même une compression à l'aide de gaze iodoformée; c'est là la compression indirecte. La plaie est-elle plus large, plus profonde, on peut faire sur la veine elle-même la compression directe en tamponnant exactement la plaie avec la gaze iodoformée. Ce procédé nous semble préférable, pour les petites plaies, à la ligature latérale de la veine conseillée par Braun et Pilcher, et qui a donné des résultats fort infidèles.

3° *Lésions du nerf sciatique*. — Le nerf sciatique, par son volume et ses rapports anatomiques, se trouve exposé à un grand nombre de traumatismes. Ce peuvent être des chutes d'un lieu élevé, des coups sur la région fessière. Billroth a rapporté le cas d'un homme qui était tombé à la renverse d'une échelle; dans sa chute, la fesse droite vint porter sur l'angle d'une table; il en résulta des douleurs très vives le long du sciatique et la marche devint impossible. Le lendemain on constata entre l'ischion et le sacrum une tumeur arrondie du volume d'un œuf de poule, de couleur rouge sang.

Le sciatique peut être contus et même déchiré par les fragments osseux d'une fracture voisine. Weir Mitchell a rapporté un cas de ce genre. Le malade était tombé d'une hauteur de 40 pieds environ, se brisant l'os coxal au niveau de l'échancrure sciatique, dans le point où le nerf émerge du bassin. Il en était résulté une névralgie très intense dans toute la zone de distribution de ce nerf. Bland Sutton⁽²⁾ a rapporté le cas d'un marin qui, ayant eu une luxation de la hanche, présenta après la réduction une sciatique intense qui persista pendant six mois. Une opération fut entreprise et l'on trouva une aiguille osseuse, implantée entre les faisceaux du nerf sciatique. L'ablation de ce corps étranger amena une rapide guérison. Dans les blessures par armes à feu, des esquilles projetées au loin peuvent venir léser le nerf sciatique. Swann a rapporté l'intéressante observation d'un vieillard chez lequel un fragment osseux provenant d'une fracture double du col du fémur était venu léser le nerf sciatique.

M. Bouilly⁽³⁾ a fait de la contusion du sciatique l'objet d'une étude spéciale. Une fois le gonflement ecchymotique passé, l'impotence fonctionnelle persiste. On constate une atrophie des muscles de la fesse, de la cuisse et de la région jambière, les muscles malades sont le siège de tremblements fibrillaires qui se propagent parfois aux muscles du membre sain. La sensibilité est intacte, mais on observe des phénomènes douloureux, revenant par accès, de la trépidation épileptoïde, parfois aussi des troubles vaso-moteurs consistant en de l'œdème autour des malléoles, un abaissement de température et une coloration violacée du membre.

Dans une des observations de Bouilly, on vit se développer une arthrite du genou, avec épanchement et des craquements dans l'articulation de la hanche. Dans l'observation de Billroth, à laquelle nous avons fait allusion précédemment, il survint des spasmes localisés d'abord, puis des contractions épileptoïdes généralisées, des troubles trophiques, consistant dans la chute des ongles des

(1) OLLIER, *Des plaies des veines*. Thèse d'agrég., 1857.

(2) BLAND SUTTON, *Sciatique due à la perforation du nerf sciatique par une aiguille osseuse*. British med. Journal, octobre 1890, p. 900.

(3) BOUILLY, *De la contusion du nerf sciatique et de ses conséquences*. Archives de médecine, 1880.

quatre derniers doigts; l'ongle du gros orteil devint bosselé, épais, recourbé, sa matrice s'enflamma et suppura.

Ces lésions deviennent quelquefois le point de départ d'une névrite ascendante, conduisant elle-même à la production d'une affection médullaire. Tel est le cas rapporté par M. Charcot, d'un homme de quarante ans, qui, frappé à la fesse gauche par un gros madrier, présenta une sciatique intense, puis de l'anurie, une incontinence partielle des matières fécales, avec suppression des érections. Il y avait en même temps de l'atrophie musculaire et perte de la contractilité électrique⁽¹⁾.

Le traitement consistera d'abord dans la révulsion, puis dans l'emploi de l'électricité pour favoriser la nutrition des muscles; en cas de spasmes, on pourra, comme Billroth, recourir à l'élongation.

Quant aux plaies du nerf sciatique, les piqûres du nerf sont rares. Une intéressante observation de ce genre a été publiée par le docteur Annequin⁽²⁾. Elle a trait à une section presque complète du nerf sciatique à sa sortie du bassin, par la pointe d'un stylet plongé profondément dans la fesse. Il en était résulté la perte des fonctions du membre.

Les sections du nerf sciatique sont plus fréquemment observées. Dans un fait de M. Heurtaux (de Nantes), il s'agit d'un ivrogne tombant sur une bouteille qu'il tient à la main, la bouteille se brise et les éclats font à la fesse une large plaie; toutes les parties molles furent sectionnées jusqu'à l'os, y compris le nerf sciatique. Langenbeck et Lassen ont observé des cas semblables⁽³⁾.

M. Panas a présenté, en 1881, à l'Académie de médecine, l'observation d'un malade qui avait reçu un coup de couteau à la cuisse. Le sciatique ayant été atteint, il en résulta une paralysie motrice de la jambe et du pied, avec une zone d'hyperesthésie à la région du genou et des contractures épileptoïdes étendues au membre sain. M. Panas fit l'élongation du nerf; les contractures épileptoïdes furent supprimées et la motilité s'améliora notablement⁽⁴⁾. Un cas des plus intéressants, c'est celui qui a été communiqué par M. Guelliot⁽⁵⁾, à la Société de chirurgie. Il s'agit d'une femme enceinte de huit mois, qui fut frappée d'un violent coup de couteau dans la fesse gauche; il en résulta une blessure de l'utérus, et, en outre, une lésion du sciatique se traduisant par une insensibilité absolue de la face plantaire du pied et de son bord externe jusqu'au-dessus de la malléole; plus tard, il y eut de l'œdème et d'autres troubles trophiques.

Il peut y avoir également des plaies du nerf sciatique par armes à feu: Weir Mitchell, Larue⁽⁶⁾, Letiévant, Charcot, Belleau⁽⁷⁾ en ont rapporté des exemples. Notons enfin les sections et surtout les résections entreprises dans un but chirurgical, lorsqu'il s'agit de l'extirpation des tumeurs malignes de ce nerf.

Comme complications, nous citerons le tétanos qui a été observé par Rémond et Lorber⁽⁸⁾.

(1) CHARCOT, *Exemple d'affection spinale consécutive à une contusion du nerf sciatique. Progrès médical*, 5 et 10 mars 1885.

(2) ANNEQUIN, *Recueil de mém. de méd. milit.*, 1878.

(3) HEURTAUX, in *Thèse de doct. de Porson*, Paris, 1875.

(4) PANAS, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1881, p. 1551.

(5) GUELLIOT, *Coup de couteau ayant pénétré à travers l'échancrure sciatique jusqu'à l'utérus gravide; lésion du sciatique. Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1886, p. 357.

(6) LARUE, *Des blessures des nerfs par les armes à feu. Thèse de doct. de Paris*, 1871.

(7) BELLEAU, *Essai sur les lésions des nerfs par les armes à feu. Thèse de doct. de Paris*, 1872.

(8) RÉMOND et LORBER, *Journal de méd. milit.*, 1869.

Nous n'avons pas à insister sur les symptômes qui sont ceux de toutes les plaies nerveuses: troubles de la motilité et de la sensibilité, phénomènes douloureux, spasmes qui peuvent se généraliser et devenir le point de départ de contractions épileptiformes. Parmi les troubles trophiques, l'un des plus importants consiste dans la production du mal perforant.

Il est intéressant de faire remarquer que les conséquences de la section du sciatique ne sont pas aussi graves au point de vue des fonctions ultérieures du membre qu'on pourrait le supposer tout d'abord. Bon nombre d'observations de MM. Letiévant, Trélat, Marchand, Marc Sée, Michon, démontrent que, même après une résection très étendue du nerf, les fonctions du membre peuvent s'accomplir d'une manière assez satisfaisante. Dans le cas de Michon notamment, la malade pouvait danser malgré une section du sciatique.

Le traitement, quand il s'agit d'une section incomplète, consiste à placer la plaie dans les meilleures conditions possibles pour la cicatrisation; il faut éviter la suppuration et les complications favorables à la production de la névrite.

Si la plaie est complète, l'indication consiste à pratiquer la suture du nerf pour favoriser sa régénération.

4° *Lésions des muscles.* — On peut observer à la cuisse des ruptures et des hernies musculaires. Les ruptures ont été rencontrées sur le biceps, sur le couturier et le droit antérieur. La rupture de ce dernier muscle est surtout intéressante lorsqu'elle se fait à l'union des fibres charnues avec leur tendon; elle est alors connue sous le nom de rupture du tendon rotulien. Elle est le plus souvent de cause musculaire, produite par un effort destiné à empêcher une chute. Beaucoup plus rarement, elle est produite par une cause directe, comme chez ce malade dont M. Lépine⁽¹⁾ a publié l'histoire, et chez lequel la rupture fut causée par la chute d'un meuble. Il est vrai qu'il s'agissait d'un malade ataxique, et c'est là une circonstance qui peut être regardée comme une cause prédisposante. C'est surtout chez l'homme que cet accident a été observé. La rupture peut être complète ou incomplète; elle est uni ou bilatérale. Quant à son siège, d'après M. Berger, sur 21 cas où l'indication exacte du siège a été donnée, 14 fois la rupture existait au niveau même du bord supérieur de la rotule, 2 fois à 2 centimètres au-dessus, 5 fois à une distance de 4 à 6 centimètres.

Au moment de la rupture, les malades ressentent un craquement; ils tombent la jambe repliée sous la cuisse. Il existe un écartement plus ou moins considérable entre les extrémités du tendon rompu. Dans les jours suivants, il se produit du gonflement, une ecchymose et de l'épanchement dans l'articulation du genou.

Une autopsie de Martini a permis d'étudier les résultats du travail réparateur. Le blessé étant mort six mois après l'accident, Martini fit l'ouverture du genou et constata que la réunion était opérée au moyen d'une substance intermédiaire qui n'avait que la largeur d'un doigt.

Le pronostic ne laisse pas que d'être sérieux, puisque, sur 24 cas de ruptures du tendon du triceps, 10 malades sont restés boiteux et 14 ont guéri, mais en conservant de la raideur et une certaine gêne pendant la marche. Les ruptures récidivées entraînent des troubles fonctionnels plus sérieux. Dans une observation de Saucerotte, où la rupture avait porté sur les deux tendons, le rétablissement des fonctions fut complet.

(1) LÉPINE, *Ataxie locomotrice; rupture du tendon du triceps. Bull. de la Soc. anat.*, nov. 1875, p. 747.

Le traitement est des plus simples : il consiste à placer le membre dans l'extension et l'élévation pour favoriser le rapprochement des extrémités divisées des tendons ; on peut y joindre un certain degré de compression.

Au lieu de se faire au-dessus de la rotule, la rupture peut porter au-dessous de cet os, auquel cas il s'agit d'une rupture du ligament rotulien. C'est aussi chez l'homme, chez des sujets vigoureux et d'âge moyen que la rupture s'observe. La contraction musculaire est, dans l'immense majorité des cas, la cause de l'accident.

La rupture peut être complète ou incomplète, simple ou double, comme celle du tendon rotulien. L'arrachement du ligament rotulien près de ses insertions tibiales paraît être la variété la plus fréquente ; 17 fois la rupture a eu lieu près de l'insertion tibiale, 7 fois auprès de l'insertion rotulienne, 4 fois à la partie moyenne du ligament.

Le plus souvent la sensation de rupture, de craquement a précédé la chute. Le blessé tombe la jambe repliée sous lui ; l'extension est impossible.

La déformation du membre est caractéristique ; la rotule est remontée, et, au-dessous d'elle, on constate une dépression, au lieu du relief formé par le ligament rotulien. En général, il y a de l'épanchement dans l'articulation, il peut même y avoir de l'arthrite.

Les conséquences de la rupture du ligament rotulien sont très variables suivant les cas. Chez certains malades, le rétablissement des fonctions est complet. Ainsi, l'un des blessés dont M. Sistach⁽¹⁾ rapporte l'observation dans son mémoire, avait recouvré, dix-sept mois après l'accident, la plénitude des fonctions du membre. Au contraire, chez une malade de M. Bourguet, huit ans après l'accident, la marche était encore excessivement pénible. La malade était incapable de faire de longues courses ; il lui était impossible de se mettre à genoux. Elle éprouvait beaucoup de difficultés à monter et à descendre les escaliers. Chez elle, la flexion de la jambe sur la cuisse ne dépassait pas 125 à 150 degrés.

Sans doute la réparation du tendon joue un grand rôle dans le rétablissement des fonctions. Ce qui le prouve, c'est que généralement le pronostic est favorable à la suite des ruptures incomplètes. Toutefois cette circonstance n'est pas la seule qui entre en jeu, car on a vu des malades qui, avec une réparation tendineuse fort imparfaite, possédaient un bon fonctionnement du membre. Ici, comme dans les fractures de la rotule, il faut faire entrer en ligne de compte l'état de l'articulation du genou, qui, suivant qu'elle a été plus ou moins intéressée, possède une raideur plus ou moins considérable.

Étant donné le gonflement et la présence du liquide en grande quantité dans l'articulation du genou, le diagnostic peut présenter de réelles difficultés. Les symptômes se rapportent en effet, soit à une fracture transversale de la rotule, soit à une rupture du tendon ou du ligament rotulien. Il n'y a, du reste, aucun inconvénient à attendre quelques jours pour préciser le diagnostic, jusqu'au moment où la diminution du gonflement permettra de faire l'analyse exacte des signes locaux. En effet, les principes du traitement restent les mêmes, quelle que soit la nature de la lésion.

Celui-ci doit consister à activer la résorption de l'épanchement intra-articulaire, en même temps que, par l'immobilisation et l'application d'un appareil

⁽¹⁾ SISTACH, *Du traitement de la rupture du ligament rotulien par l'élévation et l'immobilité du membre inférieur sur un plan incliné.* Arch. gén. de méd., 1870, p. 5, 165, 585.

convenable, on favorise le rapprochement des extrémités tendineuses divisées. Si la réparation tendineuse échouait, il serait indiqué d'aller à la recherche des extrémités du tendon rompu et de les rapprocher par la suture.

Ruptures des muscles adducteurs ; ostéomes de ces muscles. — Nous rappellerons que les muscles adducteurs de la cuisse sont fréquemment le siège de ruptures. C'est même la rupture de ces muscles qui a été l'origine de la plupart des travaux publiés sur cette question. La plupart des observations connues ont été recueillies par des chirurgiens militaires. C'est en effet chez les cavaliers, et, en particulier, chez les jeunes recrues qui ne sont pas encore exercées à toutes les manœuvres de l'équitation que se rencontrent les ruptures des adducteurs. Dans la plupart des cas, la confusion a été faite entre la rupture et la hernie musculaire. C'est surtout la rupture que l'on rencontre au niveau des adducteurs ; comme l'a fait observer avec juste raison M. Farabeuf⁽¹⁾, si le muscle fait saillie au dehors pendant sa contraction, c'est précisément parce qu'il a perdu l'un de ses points d'insertion ; au contraire, en cas de hernie, la saillie musculaire disparaît pendant la contraction du muscle. Une conséquence de la rupture des adducteurs, c'est la production au niveau des adducteurs de ces tumeurs osseuses auxquelles on a donné le nom d'ostéomes des cavaliers. En 1890, un médecin militaire, M. Schmit⁽²⁾, a communiqué un mémoire sur ce sujet à la Société de chirurgie. Il s'agissait d'un cavalier qui s'était fait une double rupture des adducteurs, et chez lequel on put constater, cinq ans après, deux masses osseuses appendues au pubis et pénétrant dans l'épaisseur des muscles. Depuis lors, M. Charvot a présenté un cas de même nature à la Société de chirurgie⁽³⁾. Ces tumeurs ne laissent pas que de causer des douleurs et une gêne réelle dans l'accomplissement des fonctions du membre ; aussi M. Schmit, se basant sur les interventions de cette nature qui ont été entreprises jusqu'ici, conseille-t-il l'ablation de ces ostéomes, dans les cas où les douleurs et la gêne fonctionnelle sont très marquées.

^{5°} *Hématomes de la bourse séreuse rétro-trochantérienne.* — Outre les lésions du sciatique dont nous avons déjà parlé, les contusions de la hanche peuvent déterminer des arthrites et des lésions de la bourse séreuse rétro-trochantérienne. Ces dernières, sur lesquelles Frédéric Si Mohamed⁽⁴⁾ a insisté dans sa thèse, sont importantes, en ce qu'elles peuvent conduire aux inflammations suppuratives de cette bourse séreuse dont nous aurons plus tard à parler.

⁽¹⁾ FARABEUÏ, *Rapport sur une observation de Langer.* Bull. et mém. de la Soc. de chir., 1881, p. 295.

⁽²⁾ SCHMIT, *De l'ostéome des muscles de la cuisse chez les cavaliers.* Rapport de Chauvel. Bull. et mém. de la Soc. de chir., 1890, p. 215.

⁽³⁾ CHARVOT, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1891.

⁽⁴⁾ FRÉDÉRIC SI MOHAMED, *Des épanchements sanguins dans les bourses séreuses trochantériennes et de leur traitement.* Thèse de doct. de Paris, 1888.