

par la suture osseuse, s'est considérablement accru, dans ces dernières années, surtout depuis que LISTER l'a vivement conseillée, en se basant sur ses propres observations. LISTER, WAHL, MACEWEN, CHAUVEL, JALAGUIER, etc. ont démontré, les uns en publiant leurs propres résultats, les autres par des travaux de statistique, que l'opération en question ne peut être considérée jusqu'ici comme dépourvue de danger dans les mains de tous les chirurgiens; en effet, un certain nombre d'opérés ont succombé, ou n'ont guéri qu'au prix d'un ankylose. La méthode opératoire consiste, nous l'avons dit, à mettre à nu les fragments, soit par une incision longitudinale, soit par une incision transversale. Nous donnons la préférence à une incision transversale convexe en bas, de façon que la suture de la plaie ne soit pas sur la même ligne que celle des fragments; ce procédé est, en effet, le seul qui donne une place suffisante, surtout dans les fractures anciennes dans lesquelles on est obligé de mettre d'abord la rotule bien à découvert, car, de même que d'autres chirurgiens, nous avons pu nous convaincre que ce temps de l'opération offre parfois de sérieuses difficultés. D'autre part, avec une incision transversale, il est plus facile de dégager l'aponévrose lorsqu'elle s'est repliée en dedans sur les bords dentelés de l'un des fragments. On perfore ensuite ces derniers et on les réunit par la suture pratiquée soit avec un fil d'argent à l'exemple de PLEILSCHNEIDER et d'autres chirurgiens, soit avec de la soie antiseptique, à laquelle nous donnons pour notre part la préférence. Le tissu conjonctif recouvrant la rotule est ensuite suturé séparément, et l'on procède finalement à la réunion de la plaie cutanée et au drainage latéral de l'articulation.

Parmi les diverses méthodes sanglantes de traitement des fractures de la rotule, c'est la suture osseuse, telle que nous venons de la décrire, qui à notre avis est la plus sûre. Nous conseillons d'y avoir recours surtout chez les individus jeunes, chez lesquels il importe beaucoup de rendre au genou toute son aptitude fonctionnelle, afin que l'opéré puisse de nouveau vaquer à ses occupations habituelles. *Mais le chirurgien doit avoir conscience de sa responsabilité en entreprenant une pareille opération. Il faut qu'il soit absolument maître de la méthode antiseptique.* S'il n'est pas nécessaire d'arriver à un résultat aussi parfait au point de vue fonctionnel, on se contentera de pratiquer la suture sous-cutanée. La méthode de KOCHER, dans laquelle le fil passe dans l'articulation, n'est pas à l'abri du danger d'une infection septique. Aussi conseillons-nous ici le procédé que VOLKMANN a déjà employé, et que nous avons essayé également : après avoir attiré fortement la peau d'abord de bas en haut, puis de haut en bas, on introduit une aiguille munie d'un fil à travers le ligament rotulien, d'une part, et le tendon du biceps d'autre part; puis on noue les deux extrémités du fil sur la rotule; il va sans dire que l'opération doit être pratiquée et le genou pansé selon les règles de la méthode antiseptique.

Une fracture transversale simple exige de 4 à 6 semaines pour sa guérison. S'il existe un fort écartement des fragments, on ne permettra au malade de se lever qu'au bout de 8 à 12 semaines, après que l'on se sera rendu compte de la solidité de la cicatrice, et encore devra-t-il user de grandes précautions, mais surtout éviter les mouvements de flexion ou porter un appareil destiné à limiter cette dernière. Lorsque la réunion n'est que fibreuse, la cicatrice s'allonge très facilement au début.

Si la marche est considérablement gênée par le fait de l'écartement des fragments, on aura recours, si possible, à la suture osseuse; sinon on donnera plus de sûreté aux mouvements en faisant porter au malade un tuteur avec genouillère.

Le traitement opératoire des fractures anciennes de la rotule est parfois très difficile à cause de la rétraction des muscles et des téguments. En général, ce sont ces derniers que l'on dégage tout d'abord. Si l'on ne parvient pas à mobiliser ainsi les fragments, on pourra avoir recours au procédé ingénieux de MACEWEN consistant à faire dans le muscle triceps plusieurs séries transversales d'incisions béantes en forme de V; si l'on exerce ensuite une forte traction sur le tendon, les V se transforment en Y. Ce chirurgien obtint ainsi un allongement du muscle sans lui faire perdre beaucoup de sa force.

Si l'on ne pratique pas la suture secondaire des fragments, on fera porter au blessé un tuteur avec genouillère.

b. Fractures du genou. Fractures des condyles, du fémur et du tibia.

§ 38. — On observe des fractures intéressantes à la fois les condyles du fémur et l'extrémité supérieure du tibia, fractures qui peuvent être dues soit à une violence directe, soit à une cause indirecte, telle qu'une chute sur les pieds. TRÉLAT a trouvé que sur 33 fractures de l'extrémité inférieure du fémur, 21 étaient dues à une chute sur le genou, 2 à une chute sur les pieds, 3 à un arrachement et 7 à un broiement ou à des causes inconnues. Souvent une chute sur les pieds a pour conséquence une fracture plus ou moins transversale ou oblique du tiers inférieur du fémur, fractures dont nous avons donné la description avec figures aux § 62 et 63.

Par contre, une chute sur le genou fléchi détermine beaucoup plus souvent une fracture articulaire.

D'après les expériences de MADELUNG, les fractures d'un condyle et les fractures en T sont dues vraisemblablement au mécanisme suivant : un choc rencontrant la rotule alors que le genou est fléchi, chasse cet os comme un coin contre l'échancrure intercondylienne, et produit d'abord une fissure longitudinale entre les condyles. Cette fissure peut se diriger obliquement en dehors et séparer un condyle du reste de l'os, ce qui est le cas le plus rare, ou bien elle se bifurque et prend la forme d'un T ou d'un Y, et fait sauter ainsi à la fois les deux condyles. La rotule présente alors souvent une fracture comminutive de sa partie articulaire qui a fait l'office d'un coin. Cependant les expériences de MARCUSE ont prouvé que ces fractures peuvent être produites également, sans l'intermédiaire de la rotule, par un choc rencontrant les condyles du fé-