

section du fémur scié au-dessus des condyles. L'opération se trouve ainsi compliquée inutilement. En effet, si, à la suite de l'amputation condylienne simple, l'opéré peut marcher convenablement avec son moignon muni d'une prothèse, nous n'avons certes aucun motif d'employer la méthode de GRITTI, qui ne fait qu'augmenter les difficultés opératoires. Cette appréciation est d'autant plus justifiée que la soudure de la rotule avec le fémur est loin de s'opérer toujours, à ce qu'il paraît. Si, néanmoins, on veut avoir recours à cette méthode, on fera bien, suivant le conseil de HAHN, de fixer la rotule au fémur à l'aide d'une tige d'acier ou d'ivoire.

D. TUMEURS DU CREUX POPLITÉ, ANÉVRISMES, BLESSURES DE L'ARTÈRE POPLITÉE, LIGATURE DE CE VAISSEAU

§ 119. — Abstraction faite des tumeurs osseuses des épiphyses qui font saillie dans le creux poplité, on observe dans cette région, assez rarement il est vrai, des fibromes fasciaux et des sarcomes ayant pour point de départ soit les gaines des vaisseaux, soit les glandes lymphatiques. Les *tumeurs fluctuantes* sont celles que l'on rencontre ici le plus souvent. Lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur de ce genre, surtout si elle est très volumineuse, on doit songer tout d'abord à la possibilité d'un abcès par congestion descendu le long de la face postérieure de la cuisse jusque dans le creux poplité, ou d'un abcès né sur place pour le cas où son développement aurait été rapide. La plupart des *kystes* que l'on observe dans la région poplitée, proviennent des bourses séreuses (voir § 116). Mais le diagnostic de ces kystes, de même que celui des sarcomes, peut offrir des difficultés provenant des pulsations dont est parfois animée la tumeur. C'est qu'en effet, le creux poplité peut être le siège d'*anévrismes* développés spontanément ou à la suite d'un trauma, ce qui n'est pas rare, surtout en Angleterre. On reconnaît, le plus souvent, qu'il s'agit d'un anévrisme au fait que les pulsations ne cessent pas *lorsqu'on comprime la tumeur latéralement*; en outre, les anévrismes font entendre des bruits anormaux à l'auscultation (bruit de souffle, susurrus). Rappelons toutefois que la pulsation peut faire défaut dans un anévrisme, par suite de la coagulation du sang ou de l'oblitération de l'artère.

On a observé toutes les lésions traumatiques possibles des vaisseaux poplités, telles que rupture sous-cutanée, plaie par instrument piquant, etc., ayant comme conséquence soit un anévrisme traumatique, soit un anévrisme variqueux. Une circonstance aggravante, surtout lorsqu'il existe une tuméfaction considérable de la région poplitée, c'est la situation profonde de l'artère, qui est recouverte par la veine et les nerfs. Un épanchement sanguin très volumineux, surtout s'il survient de la suppuration, a volontiers comme conséquence la gangrène de la jambe. Le moyen le plus sûr d'éviter cet accident et d'arrêter l'hémorragie, en cas de blessure de l'artère, consiste à pratiquer la ligature des deux bouts du vaisseau, après l'avoir complètement divisé s'il n'avait été que légèrement blessé (JANNSEN). Ce procédé est beaucoup plus sûr que la ligature de la fémorale.

Le traitement par la *compression digitale* ou à l'aide d'instruments, a d'assez grandes chances de succès dans les anévrismes du creux poplité. De même la *flexion forcée de la jambe* s'est acquise, à juste titre, la faveur des chirurgiens,

comme le prouvent les statistiques de FISCHER, de STOPIN, etc. Par conséquent, ce n'est que dans les cas où ces moyens auront échoué, que l'on se décidera à pratiquer la ligature de la fémorale.

La *ligature de l'artère poplitée* se fait bien rarement sur le vivant, et n'est qu'une opération d'amphithéâtre. On fait une incision longitudinale le long de la ligne médiane du creux poplité, incision qui, autant que possible, doit s'étendre surtout à la partie supérieure de cette région, car plus bas, l'embouchure de la saphène et le nerf saphène externe ajoutent à la difficulté de l'opération. On maintient écartés en dehors, au moyen de crochets mousses, le nerf sciatique et la veine poplitée. Au-dessous de la veine on trouve l'artère, appliquée contre le chef interne du gastro-cnémien.

On peut aussi arriver sur l'artère poplitée par la face interne de la cuisse, en pratiquant l'incision entre le grand adducteur et le couturier. C'est en arrière du bord du grand adducteur que l'on rencontre alors l'artère située au-devant de la veine (ROSER).

Dans toutes ces opérations, on fera en sorte de ne blesser aucune des quatre artères articulaires. Assez souvent, l'artère poplitée est recouverte d'un plexus veineux fortement développé.

V. AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA JAMBE

A. LÉSIONS TRAUMATIQUES

1. Fractures.

§ 120. — Les *fractures de la jambe* sont très fréquentes. De toutes les fractures du squelette, ce sont celles que l'on a le plus souvent l'occasion d'observer dans les hôpitaux (MALGAIGNE); par contre, le nombre des fractures de l'avant-bras est plus considérable si l'on utilise pour la statistique tous les cas traités à la consultation (GURLT).

Nous ne ferons pas rentrer dans cette description les fractures épiphysaires supérieures et inférieures. Les *fractures diaphysaires* sont dues à une violence traumatique tantôt directe, tantôt indirecte, et elles intéressent plus souvent la moitié inférieure que la moitié supérieure des os de la jambe. Les fractures de cause directe sont les plus fréquentes (passage d'une roue de voiture, chute d'un corps lourd sur la jambe, etc.); dans la majorité des cas elles siègent au tiers moyen, tandis que les fractures de cause indirecte (chute sur les pieds, etc.), intéressent essentiellement le quart inférieur de l'os.

La fracture simultanée des deux os de la jambe est beaucoup plus fréquente chez l'adulte que chez l'enfant. Par contre, ce dernier présente plus souvent des fractures isolées du tibia. Cependant, on a même observé des fractures des deux os produites pendant la vie intra-utérine. BILLROTH a donné le dessin d'une fracture de ce genre avec fort déplacement, et qui s'était guérie déjà avant la naissance de l'enfant.

Rarement le siège de la fracture est exactement à la même hauteur

pour les deux os. C'est surtout dans les fractures indirectes que le péroné se brise, en général, plus haut que le tibia, et cela au moment où le blessé cherche à se relever.

En ce qui concerne la forme de la fracture simultanée des deux os, on peut affirmer que, dans la grande majorité des cas, on a affaire à des **fractures obliques**. Cependant, on observe aussi des **fractures transversales**. MALGAIGNE fait observer que ces dernières sont le plus souvent dentelées. C'est ce dernier caractère du trait de fracture qui nous explique comment il est possible que les deux fragments restent en parfaite continuité, au point même que parfois le diagnostic n'a pu être posé pendant la vie. Les *fractures obliques* sont, en règle générale, dirigées de haut en bas et de dehors en dedans. Plus, en outre, le trait de fracture a une direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant, et plus aussi la partie du fragment supérieur appartenant au bord antérieur de l'os, affecte la forme d'un coin faisant saillie sous les téguments. Ainsi se produit le type de solution de continuité connu sous le nom de fracture en bec de flûte, de fracture cunéiforme ou de fracture en V (GOSSELIN); le fragment supérieur a, on le sait, dans ces cas, une tendance bien marquée à perforer les téguments de la face antérieure de la jambe. GOSSELIN fait remarquer que le fragment inférieur présente assez souvent une fissure au point où s'est détaché le V du fragment supérieur; cette fissure est due précisément à la pénétration de ce dernier, à la manière d'un coin, dans le fragment inférieur; elle peut s'étendre jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne. La fracture est due alors le plus souvent à une cause indirecte, à une torsion qu'a subie la jambe, le pied étant fixé. C'est par ce même mécanisme que se produisent parfois des fractures en spirale d'une certaine étendue (GERDY).

Il n'est pas rare de voir les fractures obliques affecter une autre direction, soit de dedans en dehors et de haut en bas. Parfois leur obliquité est très prononcée. La jambe est aussi volontiers le siège de fractures comminutives graves dues à des violences traumatiques considérables.

Les **lésions des parties molles** ont une très grande importance dans les fractures de la jambe. La perforation des téguments peut être produite de dedans en dehors par l'os lui-même. Soit au moment de la fracture, soit dans les efforts que fait le blessé pour se relever, un fragment perce la peau; en général, il s'agit du fragment supérieur pointu. Les lésions des parties molles sont, plus souvent encore, la conséquence d'une violence directe grave; la déchirure, le broiement des parties molles, l'issue par la plaie des extrémités osseuses fracturées, sont alors causés directement par l'agent traumatique. Les vaisseaux et les nerfs peuvent être blessés, accident qui, du reste, a été aussi assez souvent observé dans les fractures non ouvertes.

Le **déplacement des fragments** varie essentiellement, suivant la

direction de la fracture. Dans la plupart des cas ils sont déplacés suivant la longueur; le fragment inférieur glisse alors de bas en haut, en arrière et souvent en dehors du fragment supérieur. En même temps les deux fragments forment entre eux un angle ouvert en arrière. Lorsque ce déplacement est bien prononcé et que les extrémités fracturées sont taillées en forme de coins, le fragment supérieur fait saillie sous la peau. Il n'est pas très rare d'observer la disposition inverse, c'est-à-dire la saillie en avant du fragment inférieur. En général, ce dernier subit, en outre, avec le pied, un déplacement dans le sens de la rotation. Le plus souvent, alors, c'est en dehors que s'opère, sous l'action de la pesanteur, la rotation du pied et du fragment inférieur; mais elle se produit aussi assez souvent dans la direction opposée.

Tous ces formes de déplacement sont dues beaucoup moins aux tractions musculaires qu'à certaines causes mécaniques, telles que la direction de l'agent traumatique, la direction et la forme de la fracture, et certaines violences extérieures qui entrent en jeu après la production de la fracture, par exemple l'influence de la contraction des muscles du mollet sur le déplacement du fragment inférieur, de la contraction des fléchisseurs (biceps, demi-membraneux, etc.) et du triceps sur le déplacement du fragment supérieur.

D'après cet exposé, le **diagnostic** d'une fracture de jambe ne saurait être, dans la plupart des cas, l'objet d'un doute. Le *raccourcissement* et le *déplacement* sont presque toujours assez évidents pour que l'on puisse, à première vue, reconnaître une fracture sans qu'il soit nécessaire de rechercher la *crépitation*, qui, en général, est très manifeste. Souvent on reste dans le doute sur le siège et les caractères de la fracture du péroné, particulièrement chez les individus fortement musclés. Dans quelques rares cas seulement, la solution de continuité des deux os ne s'accompagnant d'aucun déplacement (fracture transversale dentelée), on devra se contenter, comme moyen de diagnostic, de la constatation d'une douleur locale et d'un œdème consécutif de la face antérieure du tibia, chez un individu dont la jambe est devenue impuissante à la suite d'une violence traumatique ayant agi sur cette partie du corps.

En général, la guérison d'une fracture de jambe exige environ 5 à 7 semaines. Mais le membre ne recouvre toutes ses fonctions qu'au bout de 3 mois, ou même seulement au bout d'un temps encore plus long, surtout lorsqu'il s'agit d'une fracture non ouverte, qui s'est propagée jusqu'à l'articulation. Si la fracture est compliquée de plaie (ouverte ou exposée), la guérison exige naturellement plus de temps, et elle dépend alors des processus consécutifs bien connus (suppuration, nécrose, etc.). Les pseudarthroses ne sont pas très fréquentes; elles s'observent à peu près dans la même proportion qu'à la cuisse (GURLT). Par contre, on constate très souvent l'existence d'un cal jeté comme un pont du tibia