

Jusqu'à cette année, nous n'avons pu relever que 27 cas de rupture uni-latérale du tendon du quadriceps contre 22 déchirures bi-latérales.

Il ne s'agit pas ici, comme je viens de l'indiquer, du tendon infra rotulien ou tibial.

Quant au "sexe", les hommes en ont présenté le plus grand nombre de cas. Il en est de même pour les fractures de la rotule. Ainsi sur 504 traités au St. Thomas Hospital de Londres, et colligés par Corner, 73 pour cent étaient des hommes et 27 pour cent des femmes.

De mes douze fractures de la rotule, deux seulement étaient des femmes; ce qui donnerait un pourcentage de plus de 80 pour cent d'hommes.

N'est-ce pas tout naturel d'ailleurs puisque les accidents en général et ceux du travail en particulier sont rencontrés en bien plus grand nombre chez les hommes.

Pour ce qui est de "l'âge", il y a des variantes. Généralement cependant les ruptures tendineuses ont été rencontrées plus fréquemment après cinquante ans.

Que dire de la "cause" de cette rupture tendineuse? Il s'agit toujours d'une contracture subite et intense du quadriceps fémoral, qui dans certains cas est soumis à une tension exagérée: comme par exemple chez notre malade qui tombe les deux genoux fléchis sous lui: c'était un homme pesant plus de 200 livres.

Quelques blessés auraient manifesté de la dégénérescence graisseuse du tendon, voire même auraient-ils été des tabétiques, au dire de Vulpus: toutes conditions qui créent un *locus minoris resistentiae*.

Dans l'histoire clinique de certains de ces blessés, on relève des particularités qui ne sont pas sans intérêt. Ainsi Frank rapportait-il à la Réunion des Chirurgiens de Breslau, le cas d'un homme de 66 ans qui traité pendant 28 jours pour un hématome traumatique du genou, revenait deux jours après sa sortie de l'hôpital avec une rupture du tendon rotulien supérieur du genou antérieurement blessé. En se levant d'une chaise, il avait fait un faux pas et était tombé à genou.

Chez d'autres blessés, il semblait évidemment exister un état particulièrement fragile des tendons. Jugez plutôt. Un homme de 42 ans pesant environ 200 livres, rapporte Stierlin, s'accroche en descendant un escalier et au moment de sa chute entend un craquement net: il rupture son tendon rotulien supérieur "droit". Traitement non opératoire: immobilisation et contention. Après 3 mois il peut marcher sans béquille ni canne. A trois mois de là, poursuivi par un chien qui le mord au molet, il rupture son tendon "gauche". On lui fait deux jours plus tard la suture de son tendon droit, et trois semaines après celle du côté gauche. Revu à distance d'un an, il marche sans canne et sans fatigue, mais manquant de sûreté dans les genoux et montant les marches avec quelque difficulté.

Des recherches microscopiques n'ont dans certains cas fait constater aucune altération pathologique des tendons. Ainsi en fut-il entr'autre chez une patiente de Hacker, qui mourut d'embolie pulmonaire pendant sa convalescence opératoire: elle était âgée de 53 ans. L'exa-

men microscopique ne révéla aucune dégénérescence locale du côté de ses tendons rotuliens supérieurs, tous deux rupturés au cours d'une chute à la renverse.

TRAITEMENT

Il est de deux ordres, évidemment: immobilisation d'abord, attente, puis mobilisation graduelle, — ou l'intervention chirurgicale.

Dans le premier cas, on immobilise par des 8 de chiffre sur une atelle postérieure — ou mieux dans une gouttière plâtrée. Après 15 à 25 jours on fait lever le malade avec son appareil et après qu'il a appris à marcher la jambe emprisonnée, — on enlève chaque jour la clisse pour faire du massage et de la mobilisation passive. Et graduellement le blessé marchera sans appareil.

Dans le cas où l'on veut gagner du temps et obtenir un résultat fonctionnel plus parfait, on intervient. Un fil d'argent est fauillé dans la partie supérieure du tendon du quadriceps, puis rattaché à la rotule, soit par des sutures perforantes, soit par l'encerclage. Pour notre part nous donnons la préférence au cerclage, qui sans exception, nous a toujours donné d'excellents résultats. Nous sommes d'opinion que les tissus mous tolèrent mieux le fil étranger que le tissu osseux, — où il détermine nécessairement un processus d'ostéite. Reconnaissons que la suture perforante a ses partisans, parmi lesquels des noms autorisés.

De ceci retenons:

I. Qu'une chute à la renverse ou sur les genoux, ou même un simple faux pas, est souvent suivie d'incapacité d'étendre la jambe, de douleur et gonflement au genou;

II. Que la lésion locale est tantôt une fracture de la rotule ou un arrachement d'un de ses deux tendons, soit supérieur soit inférieur;

III. Que le tendon supérieur est plus fréquemment lésé;

IV. Que la rupture porte parfois sur les deux genoux.

BIBLIOGRAPHIE

- Delbet.—Rup. Lig. rot.—Soc. Anat. Paris 1905.
 Ombredane.—Des rup. du lig. rot.—Revue d'Orthopédie, 1906.
 Drucbert.—Arrachh. du tend. rot.—Titres à l'agrégation, Paris, 1907.
 Sennert et Gross.—Rup. sus-rot. du quadriceps. Titres à l'agrég. Paris 1907.
 Hacker.—Rup. bilat. du tend. rot.—Deut. med. Woch. 1907.
 Corner.—Fracture of the knee cap. The Practitioner 1908.
 Stierlin.—Rupt. bilat. du tend. rot. — Korresp. blatt f. Schweizer Arzte. 1909.
 Frank.—Breslauer Chirurg. Gesellschaft. 1909.
 Chavannaz.—Jnal. med. Bordeaux, 1909.
 Kelly.—Brit. med. Jnal. 1910.