

La traction amène rarement une bonne coaptation des fragments, parce que dans la grande majorité des cas, il y a un lambeau de tissu fibre-périostique élongé venant de la région antérieure de la rotule et interposé entre les fragments, par conséquent la consolidation devient impossible, et le malade est destiné à avoir une jambe impotente.

Je signale en deuxième lieu les complications qu'amène l'immobilisation des 40 jours légendaires : l'atrophie du membre, l'ankylose ou au moins l'enraidissement, encore un triste résultat.

Il a donc fallu chercher un mode de traitement assurant une guérison parfaite.

Il est peut-être intéressant de connaître un peu l'évolution des tentatives chirurgicales qui furent faites dans le but d'obtenir un résultat complet.

Cameron de Glasgow faisait en mars 1877, la première suture antiseptique de la rotule, opération tentée par Lister en octobre de la même année.

En 1883, Lister présentait à la Société Médicale de Londres, 7 heureux cas de cette opération.

Sa communication montra que cette nouvelle méthode permettait une guérison parfaite là où auparavant on ne pronostiquait que les pires infirmités.

C'est à cette date (1883) que le Dr. Lucas Championnière tenta la même opération pour la perfectionner par la suite ; et il n'a jamais craint avec l'antisepsie d'ouvrir largement l'articulation pour obtenir des résultats surprenants.

A Lucas Championnière et ensuite à Delbet, nous devons d'avoir apporté au monde chirurgical, une doctrine ferme sur ce point, et qui nous paraît définitive.

J'omettrai, sans crainte de reproche, de faire l'anatomie de la rotule, mais je ferai remarquer que, la jambe même en flexion complète, le tiers supérieur de la rotule est en rapport avec le