

de réunions osseuses après l'emploi de ces méthodes. Comme il est démontré que l'union osseuse peut être obtenue, il est désirable d'employer les modes de traitement qui la procurent le plus fréquemment. La solidité de la rotule contribue à la stabilité du genou. L'observation clinique prouve que le cal fibreux est rarement accompagné de guérison fonctionnelle absolue, et qu'il a tendance à s'allonger quand le malade reprend sa vie active. Tous ces facteurs prédisposent le blessé aux chutes, et par cela à une nouvelle fracture de l'os. En général, l'union fibreuse d'une rotule fracturée est accompagnée de faiblesse, d'incertitude, d'instabilité et de diminution de contrôle de l'articulation.

3. Les procédés ouverts procurent une guérison plus rapide et plus complète. Pour Koerte, après les fractures de la rotule, le critérium de guérison fonctionnelle est la facilité avec laquelle le blessé monte les escaliers. Sur 25 fractures de la rotule traitées par la méthode ouverte, Koerte (14), en revit et en réexamina 23. Ces 23 avaient recouvré le pouvoir de monter les escaliers durant les premiers 4½ mois après l'opération. Le traitement opératoire est surtout indiqué chez les individus de vie active, dont l'occupation demande le travail à différents niveaux.

4. Les opérations saignantes permettent à l'opérateur d'atténuer toutes, et de supprimer la plupart des conditions ayant tendance à déterminer l'union défectueuse des fragments et ainsi que la conséquence de la réunion en position vicieuse: intégrité fonctionnelle altérée. L'adhérence du fragment rotulien supérieur aux condyles fémoraux est empêchée ou supprimée. Enumérons et disons brièvement les plus importantes de ces conditions défavorables.

1. L'écartement des fragments.

2. L'inversion, l'éversion ou le renversement des fragments. Souvent un ou les deux fragments sont basculés en avant ou en arrière. En présence d'une telle inclinaison, il n'y a pas de bandage, d'attelle de support, ou de méthode opératoire sous-cutanée qui puisse maintenir les surfaces fracturées en position exacte.

3. Les déchirures des expansions tendineuses et aponévrotiques des Vastes et des parties latérales de la capsule du genou.

4. L'interposition des tissus fibro-périostiques pré-rotuliens dans la brèche déterminée par la séparations des fragments.