

du coroné étant poussée violemment dans la fossette sus-trochléenne antérieure.

Hémarthrose; douleur vive dans le pli du coude, exagérée par la flexion de l'avant-bras en pronation; ecchymose limitée, parfois crépitation au niveau du coroné: tels sont les signes, souvent imprécis. La radiographie nous aidera à ce diagnostic. Traitement: massage.

VIII. — FRACTURES DES DEUX OS DE L'AVANT-BRAS

Anatomie pathologique. — Elles sont surtout fréquentes chez l'enfant et jusqu'à vingt ans; parfois, elles prennent le type de fractures incomplètes « en bois vert ». Elles siègent principalement au tiers moyen. Dans les fractures directes, les deux os sont ordinairement brisés au même niveau; dans les cassures indirectes, le cubitus est souvent rompu plus bas que le radius.

Les fragments peuvent être déplacés dans tous les sens selon la direction de la force vulnérante; mais le fragment supérieur du cubitus, fixé dans la trochlée humérale, ne peut se mobiliser que dans le sens antéro-postérieur; les autres se déplacent par rapport à lui. On observe: 1° une *déviati on angulaire*, les fragments supérieurs tendant à s'incliner sur les inférieurs, selon un angle ordinairement saillant sur le bord cubital du membre, ce qui est un déplacement souvent difficile à corriger chez les enfants et devient une source d'ennuis pour le chirurgien; 2° la *déviati on de J.-L. Petit*, par laquelle les fragments se rapprochent l'un de l'autre en effaçant l'espace interosseux, ce qui est, par la suite, une cause de gêne fonctionnelle grave dans les mouvements de pronation et de supination; 3° une *rotati on des fragments*, en vertu de laquelle la portion inférieure de l'avant-bras se porte en pronation, tandis que la supérieure reste en position voisine de la supination.

Symptomatologie. — Douleur localisée, mobilité anormale, crépitation sont signes communs. La douleur s'accroît surtout par les mouvements communiqués de pronation et de supination. Par suite de la convergence des fragments vers l'axe de l'avant-bras celui-ci perd sa largeur et tend à prendre une

forme cylindrique. Comme complication, il faut prévoir la limitation persistante des mouvements de pronation et de supination: elle est due parfois à la soudure des fragments cubitiaux et radiaux dans l'espace interosseux; dans d'autres cas, à ce que la consolidation se fait en position de pronation pour les fragments inférieurs, de presque supination pour les fragments supérieurs; l'avant-bras ne peut plus dès lors effectuer qu'un mouvement restreint de supination, à savoir la seule partie encore possible au niveau de l'articulation radio-cubitale supérieure.

Traitement. — Si la réduction est facile, par traction sur le poignet, le coude étant en demi-flexion, la contention n'est point toujours aisée. Veiller au maintien de l'espace interosseux: voilà pour la fonction du membre une condition essentielle. Le coude doit être mis en demi-flexion; la supination complète, qui garderait à l'espace interosseux sa plus grande largeur, est intolérable; il faut donc placer l'avant-bras en demi-pronation, le pouce en l'air. Il faut éviter les bandages circulaires qui ramènent les fragments vers l'espace interosseux. Autrefois, on appliquait des compresses graduées, en avant et en arrière, au niveau de l'espace interosseux, de façon à maintenir les fragments écartés de l'axe du membre; deux attelles, l'une antérieure, l'autre postérieure appuyaient sur ces compresses; une bande circulaire fixait le tout: tel est l'appareil de Nélaton. Actuellement, le bandage plâtré est préféré: une demi-gouttière, remontant au tiers inférieur du bras, et fixant l'avant-bras fléchi, en demi-pronation.

IX. — FRACTURES DIAPHYSAIRES DU CUBITUS

1° FRACTURES DU TIERS SUPÉRIEUR, COMPLIQUÉES DE LUXATION DE LA TÊTE RADIALE. — Étudiée par LOBKER et DORFLER en 1886: par les thèses de GRENIER (1878) et STANCIULESCU (1890), cette fracture s'observe surtout chez l'enfant. Le cubitus se rompt toujours par cause directe (chute ou choc) et sa fracture est le fait initial; puis la tête radiale se luxé, soit directement sous l'impulsion du traumatisme, soit indirectement par un mouvement du

malade appuyant sur la main, la rupture cubitale une fois produite. Le trait est ordinairement oblique : le fragment supérieur, porté en avant, chevauche généralement le fragment inférieur.

Cette lésion est souvent méconnue ; se rappeler le précepte de MALGAIGNE : « toujours se méfier des luxations radiales dans les fractures du cubitus. » Voici ce que nous avons vu chez un de nos petits malades : l'avant-bras était en demi-flexion, le coude gonflé. Flexion au delà de l'angle droit impossible ;

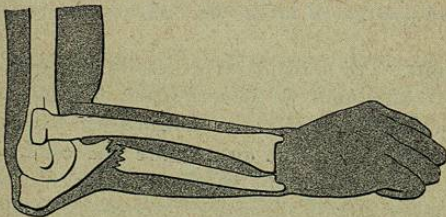


Fig. 204.

Fracture du cubitus avec luxation du radius en avant.

supination douloureuse et empêchée. Avant-bras raccourci ; mais la dépression angulaire, répondant à l'inclinaison des fragments cubitiaux, figurée par HELFERICH, n'existait pas, masquée par l'épanchement. En revanche, vers le tiers supérieur du cubitus, douleur localisée à la pression et crépitation osseuse. Au-dessous du condyle huméral, la tête radiale était absente ; en revanche, nous la sentions nettement dans le pli du coude en avant et pouvions la faire rouler sous le doigt, par quelques mouvements de pronation et de supination.

Réduire la tête radiale luxée, par refoulement direct, aidé d'une traction sur l'avant-bras demi-fléchi ; réduire la fracture et immobiliser le coude fléchi à angle aigu dans une gouttière plâtrée postérieure : voilà le conseil classique. Dans trois cas nous avons vu que la position de flexion reproduisait la luxation radiale : nous avons dû maintenir, pendant quinze jours, l'avant-bras étendu dans une gouttière plâtrée postérieure, un tampon d'ouate serré par des tours de bande de flanelle faisant appui sur la tête radiale, ainsi maintenue. Une fois, nous sommes

intervenus par la suture osseuse des fragments cubitiaux et par la fixation de la tête radiale au moyen de points de catgut suturant les débris ligamentaires.

2° FRACTURE DES DEUX TIERS INFÉRIEURS. — Elle se produit soit directement (chute ou choc) soit indirectement. — Les fractures *indirectes*, étudiées surtout par TULLAUX, PONCET et BROSSARD, presque exclusives à l'enfance et à l'adolescence, se produisent, soit par choc vertical sur la main inclinée vers le bord cubital, soit par supination forcée.

Dans les fractures directes, le trait porte surtout à l'union des tiers moyen et inférieur ; il est transversal, avec irrégularité. — Dans les fractures indirectes, généralement incomplètes, le trait occupe, chez l'adulte, le quart inférieur de l'os et siège plus haut, chez l'enfant. Le déplacement est nul ou minime, d'une part parce que le radius intact fait attelle, et, d'autre part, parce que les fractures indirectes restent ordinairement sous-périostiques. Aussi, la plupart des ruptures indirectes sont prises pour une simple contusion osseuse. La douleur limitée ; la crépitation ; surtout, la tuméfaction tardive en un point de la face postérieure de l'os : tels sont les éléments du diagnostic.

Corriger le déplacement sous la pression des doigts, quand il existe ; mettre l'avant-bras en écharpe ; masser : voilà le traitement.

X. — FRACTURES DU RADIUS

1° FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE

La tête du radius peut, consécutivement à une chute sur la main, l'avant-bras étant en extension ou en flexion, subir, de façon indirecte, soit une *fracture incomplète* (fissure plus ou moins large, s'arrêtant à une hauteur variable du col), soit une *fracture complète* dont le trait, partant de la surface articulaire, détache un fragment de la tête, répondant ordinairement à la moitié antérieure de la cupule. Cette lésion existe rarement à l'état isolé : elle complique généralement une luxation du coude, une fracture soit du condyle externe, soit de l'olécrâne, soit du coroné.

Le *col du radius* se brise de façon à ce que la petite tête se sépare de la diaphyse : le fragment ainsi décapité, reste en place ou se renverse en arrière. Pour KONIG, le tableau clinique est caractéristique quand il n'y a pas déplacement du fragment supérieur : « La tête du radius reste immobile dans les essais de pronation et de supination, et ces mouvements sont douloureux; la tuméfaction et la douleur locales complètent le diagnostic; la crépitation peut être également constatée dans les mouvements de rotation. »

2° FRACTURES DE LA DIAPHYSE

Ces ruptures diaphysaires siègent depuis la tubérosité bicapitale jusqu'à l'insertion inférieure de la membrane interosseuse. — Elles sont presque toujours directes; mais la diaphyse radiale peut se rompre indirectement, par torsion ou pronation violente ou par flexion forcée dans une chute sur la main. — Le trait est généralement *transversal* dans les fractures directes, *oblique* en bas et en avant dans les ruptures indirectes par flexion forcée, ou *spiroïde* dans les cassures par torsion. — Le déplacement peut manquer. Dans les fractures diaphysaires au-dessus de la partie moyenne, le fragment supérieur, entraîné par l'action du biceps, muscle supinateur, se place en supination; au-dessous de lui, l'avant-bras et la main se portent en pronation et le fragment inférieur tend à passer en dedans, attiré vers l'espace interosseux par les carré et rond pronateurs : ce déplacement est caractéristique. — Suppression de la pronation et de la supination actives; torsion apparente de l'avant-bras; raccourcissement du membre; tête radiale ne suivant plus les mouvements de pronation et supination imprimés au poignet; crépitation et douleur en un point limité : tels sont les signes de ces fractures. Pour ramener les fragments au contact, il faut immobiliser le bras en supination.

3° FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS

Un sujet fait, sur la paume de la main, en position d'extension, une chute de quelque violence : il en peut résulter une fracture indirecte — fracture par contre-coup, disait GOYRAND —

de l'extrémité inférieure du radius. Pourquoi cette localisation de la rupture osseuse ? Par quel mécanisme se produit-elle ? Tels sont les points par lesquels cette fracture a suscité toujours un intérêt particulier : à cela s'ajoutent sa fréquence et les débats fameux que souleva jadis son diagnostic; on croyait, jusqu'à la fin du siècle dernier, devant une pareille déformation à une luxation du poignet, lésion exceptionnelle, et le vulgaire — parlant du poignet démis — garde encore cette erreur.

L'*automobilisme* vient de donner à cette question un regain d'actualité, par la connaissance des fractures que cause la manivelle de mise en marche du moteur. La *radiographie* nous a fourni, sur la diversité des types de fractures radiales, sur l'importance des lésions carpiennes, jadis insoupçonnées, qui les compliquent et les aggravent, des documents de précision. Enfin, les expertises, issues de l'application de la *loi sur les accidents du travail*, nous ont obligés à une étude pratique et détaillée de ces lésions complexes du poignet, qui souvent sortent des schémas des livres, trop simplifiés.

Historique et doctrines pathogéniques. — La fracture classique, c'est le *type postérieur*, que caractérise la déformation fameuse « en dos de fourchette », fracture de POUTEAU, COLLES, DUPUYTREN, pour associer les noms des trois chirurgiens auxquels elle doit ses décisives études.

POUTEAU, en 1783, a eu le mérite de signaler l'existence fréquente de cette lésion et d'en préciser la plupart des signes cliniques. Malheureusement, sa conception pathogénique fut moins clairvoyante : comparant le radius à une tige légèrement cintrée dont les deux extrémités s'appuieraient sur le cubitus, ne crut-il pas que la contraction violente des pronateurs et supinateurs — surtout du carré pronateur — pouvaient suffire à briser le cintre du radius vers son extrémité inférieure ?

Il est classique d'attribuer à DUPUYTREN la théorie de la *fracture par transmission directe du choc*. Sans doute, DUPUYTREN établit, après POUTEAU, la rareté de la luxation du poignet « qu'il n'avait jamais rencontrée dans trente ans de pratique » et la fréquence des fractures de l'extrémité inférieure du radius, dont il décrivit les symptômes essentiels. Mais c'est le mémoire de

GOYRAND, en 1832, bientôt suivi du travail de MALGAIGNE, qui donna, de la lésion et de sa production par contre-coup, une expression nette. Aussi GOYRAND eut-il raison de protester : « En 1833, les éditeurs des leçons orales de DUPUYTREN publièrent, nous dit-il, comme leçon du chirurgien de l'Hôtel-Dieu, une copie très exacte de mon mémoire et de celui de MALGAIGNE. » NÉLATON confirma la théorie de GOYRAND par des démonstrations expérimentales.

Schématiquement, en voici la conception : dans les chutes sur la main, le radius est pressé, suivant son axe, entre deux forces transmises directement à ses deux extrémités, l'une agissant de haut en bas et représentée par l'impulsion du corps, l'autre résistant de bas en haut est constituée par l'opposition du sol. De ces deux forces, l'action se concentre sur l'extrémité inférieure du radius qui se brise, parce que c'est un lieu de moindre résistance où le tissu compact finit et où commence le tissu spongieux de l'épiphyse. — Ayant amputé l'avant-bras d'un cadavre au coude et réséqué l'olécrâne. NÉLATON appuyait la paume de la main sur un plan solide, l'avant-bras relevé verticalement; il frappait sur l'extrémité supérieure des deux os : la dissection faisait voir une fracture transversale à 12 ou 15 millimètres de son extrémité inférieure, avec renversement en arrière du fragment inférieur. C'était donc la reproduction expérimentale de la lésion typique.

Malgré ces recherches, un point demeure obscur : la raison de la localisation du trait de fracture à l'extrémité inférieure. Le bloc spongieux de l'épiphyse ne succède point, sans transition, au tube compact de la diaphyse : c'est un schéma trompeur. HENNEQUIN — qui d'ailleurs n'a fait que reprendre une explication déjà nettement formulée par LOPEZ dans sa thèse de 1860 — a cherché à préciser davantage les causes qui fixent ce siège d'élection.

Dans les chutes sur le poignet, comment la puissance est-elle transmise par l'humérus au squelette de l'avant-bras ? — Le cubitus et le radius représentent chacun une pyramide tronquée à base quadrangulaire, à sommet cylindrique, disposés en sens contraire : le sommet de l'une correspondant à la

base de l'autre. Ainsi est formé un levier conjugué, les deux pièces se prêtant un soutien mutuel. Dans une chute en position d'extension du membre, le cubitus seul reçoit la force d'impulsion transmise par l'humérus ; le radius seul, la force de résistance communiquée par le condyle carpien. Pour que le radius se brise en pareille condition, il doit cependant recevoir et la résistance et l'impulsion ; il faut donc qu'il reçoive cette dernière du cubitus. Cette transmission lui est faite par le ligament interosseux, dont les fibres obliques solidarisent les deux os, jusqu'à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'articulation radio-carpienne : de sorte que la somme des forces qui composent la puissance n'arrive intégralement au radius qu'au niveau de ce point. C'est donc sur ce segment de 3 à 4 centimètres de longueur, compris entre les fibres les plus basses du ligament interosseux et la ligne articulaire radio-carpienne que se concentrent et se heurtent la puissance et la résistance : c'est là qu'est le siège exclusif des fractures consécutives aux chutes sur le poignet. — Mais, cette conception repose sur une inexactitude anatomique ; on peut lui objecter que la cupule radiale est en contact suffisant avec le condyle huméral pour qu'on admette la transmission directe du choc, suivant le radius lui-même : les expériences de TESTUR et de DESTOR le démontrent.

Une autre théorie invoque le mécanisme de l'arrachement. BOUCHER fut le premier à l'émettre ; VOLLEMIER l'admit comme hypothèse exceptionnelle, car il faisait jouer le rôle mécanique prépondérant à la pénétration ; LECOMTE en fournit la meilleure étude et la plus catégorique formule : « Les fractures indirectes de l'extrémité inférieure du radius se produisent toutes, nous dit-il, dans l'extension forcée du poignet et par le mécanisme fondamental de l'arrachement. » — L'agent de l'arrachement, c'est le ligament radio-carpien antérieur, épais, résistant, embrassant dans toute sa hauteur le rebord saillant de l'épiphyse radiale. Dans les chutes sur la paume, il est, d'une part distendu par le renversement de la main sur le dos du poignet et, de l'autre, pressé de dedans en dehors par la saillie des petits os de la première rangée du carpe dont la voûte — qui

porte à faux — tend à se redresser : mis en forte tension, sous cette double action mécanique, il arrache son point d'insertion osseuse. « Mettez, nous dit TILLAUX, la main d'un sujet sur le bord d'une table ; saisissez-la en intercalant vos doigts dans les siens ; fixez l'avant-bras du sujet sur la table et portez brusquement sa main dans l'extension : vous entendrez le craquement caractéristique et la dissection vous montrera une fracture occupant le point classique. »

En réalité, il n'y a point un mécanisme constant et exclusif. Tantôt intervient le choc direct avec écrasement, tantôt l'arrachement, selon les cas, suivant la *direction de la chute*, suivant l'*inclinaison de la main* et le point par lequel elle rencontre le sol, suivant le *degré d'extension*, suivant la *résistance de l'extrémité osseuse*. — La radiographie, en nous révélant, comme l'a montré DESTOR, la fréquence des lésions concomitantes des os du carpe (surtout fractures du scaphoïde et du grand os, subluxations, lésions par tassement et par écrasement) a mis en relief sur les lésions dues à l'arrachement : « le poignet est une enclume sur laquelle s'écrase le radius, puisqu'elle porte la marque des coups reçus ». — Dans une chute *verticale sur le talon même de la main*, c'est le choc et la rencontre directe, au point faible du levier osseux, de la puissance et de la résistance, qui agit comme cause fracturante. — Au contraire, une chute *oblique sur les doigts, ou l'extrémité de la paume*, entraîne une hyperextension de la main, une distension ligamenteuse et un *arrachement* du rebord épiphysaire, d'autant plus facile qu'il s'agira d'un plus jeune sujet. Chez un vieux, en effet, l'épiphyse raréfiée, fragile, se tassera, sera pénétrée par la diaphyse compacte : en pareil cas, il faut donc faire intervenir la *pénétration* à laquelle JARJAVAY voulait attribuer un rôle dominant. Or, dans la majorité des cas, la pénétration n'est qu'un fait secondaire : l'os se casse d'abord, puis se pénètre : c'est-à-dire que, sous la continuation de l'action traumatique, les deux fragments exercent une pression réciproque qui a lieu le plus souvent en arrière, en raison du mouvement de bascule imprimé au fragment inférieur, et, sur ce point, l'épiphyse se laisse pénétrer. — La chute se produit-elle avec une certaine

inclinaison cubitale de la main : l'arrachement du style cubital, plus fréquent que les classiques ne le disent, se produit, soit par la traction du ligament latéral interne, soit par l'intermédiaire du ligament triangulaire.

Il est impossible de séparer les lésions de l'épiphyse radiale des lésions du carpe. Or, le scaphoïde et le semi-lunaire ont, dans ces lésions radio-carpiennes combinées, la part prépondérante : c'est par ces deux os surtout que se fait, dans les chutes sur la paume, la transmission, au bloc carpo-métacarpien, de la force représentée par le poids du corps ; c'est sur eux, en raison de la procidence de la styloïde radiale, du relief plus fort de l'éminence thénar, de l'attitude instinctive de protection, que se concentre l'effort mécanique le plus intense. Parmi ces lésions carpiennes, celles à retenir sont : la *fracture du scaphoïde*, dont DESTOR a reconnu plus de soixante cas ; la *dislocation des deux os*, le semi-lunaire s'énucléant en avant, le scaphoïde se subluxant en arrière ; rarement, le *déplacement médio-carpien*, la rangée antibrachiale se portant en avant, la rangée métacarpienne se déplaçant en arrière. Cette combinaison de lésions carpiennes variables, associées aux divers types de la fracture épiphysaire du radius, n'a pas qu'un intérêt pathogénique : elle constitue un important élément de pronostic, sur lequel la radiographie, bien interprétée, nous fournit des précisions nouvelles ; elle explique la gravité inégale de cas à déformation apparemment comparable ; elle peut devenir une indication à des interventions correctrices.

Lorsque, pour mettre en marche un automobile, on imprime à la manivelle un brusque mouvement de traction de bas en haut, il peut se produire une « ruade » du moteur, un « retour de manivelle » : celle-ci, revenant soudainement en arrière, peut venir, si la main lâche la poignée, frapper l'avant-bras du chauffeur ; ou bien, si cette main ne s'est pas dégagée, le mouvement de réaction la renverse en arrière, en déterminant, par l'hyperextension dorsale, une traction violente des ligaments antérieurs. Dans le premier cas, la fracture est *directe* : la manivelle casse le radius comme le ferait un coup de bâton. Dans le second, la rupture osseuse est *indirecte* : elle se fait par arra-

chement, et est comparable à celle qui survient dans les chutes sur la paume. Ces deux variétés de fractures s'accompagnent d'un très faible déplacement : il n'y a jamais d'enfoncements comme dans celles résultant d'une chute palmaire; quelquefois, la seconde variété se borne à un arrachement de la lèvre antérieure du radius, sans déformation, sans signes objectifs; on penserait à une entorse sans les indications de la radiographie.

Anatomie pathologique. — La fracture peut se limiter : 1° à l'apophyse styloïde radiale (fracture d'Hutchinson); 2° au bord postérieur de l'extrémité inférieure du radius (fracture de Rhea Barton). Le type habituel est la fracture transversale, dont le trait, perpendiculaire à l'axe de l'os, siège de 1 centimètre et demi à 2 centimètres au-dessus de la styloïde. La pénétration du fragment supérieur dans l'inférieur est fréquente et s'observe surtout dans les fractures « en étoile » ou par écrasement. En général, il se fait un déplacement notable suivant l'épaisseur : le fragment carpien se porte en arrière, vers le plan dorsal.

Symptomatologie et diagnostic. — Une déformation est caractéristique, mais elle n'est pas constante : c'est le fameux

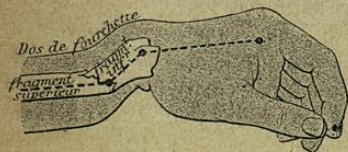


Fig. 205.

Schéma montrant la position des fragments dans la déformation en dos de « fourchette ». Type postérieur.

dos de fourchette. Nélaton l'a bien décrite : « La face dorsale de la main et du poignet, au lieu de se trouver sur le même plan que la face postérieure de l'avant-bras, se trouve élevée au-dessus de son niveau; il existe, dans ce sens, une saillie qui remonte à un ou deux travers de doigt, au delà de l'articulation radio-carpienne; au-dessus de cette saillie, il existe une dépression dans laquelle on peut enfoncer facilement l'extrémité des doigts. Vers la face palmaire, disposition inverse : au lieu d'une concavité, la partie inférieure de l'avant-bras offre une convexité très prononcée et, en portant les doigts à un travers de doigt au-dessus du pli cutané qui sépare l'avant-

bras de la main, on trouve une saillie transversale, inégale sur laquelle se réfléchissent les tendons des fléchisseurs. ».

Quand la diaphyse pénètre l'épiphyse presque *verticalement*, la déformation est beaucoup moindre. Dans une forme plus rare (fig. 206), l'enfoncement se produit à la région antérieure

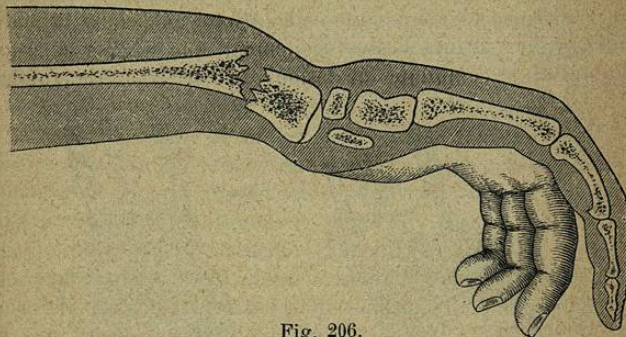


Fig. 206.

Fracture de l'extrémité inférieure du radius : déviation en avant du fragment épiphysaire. Type antérieur.

de l'épiphyse radiale : le fragment inférieur est déplacé en avant; le dos de fourchette est ici constitué par le fragment supérieur du radius. Ce type s'observe surtout dans les fractures par *flexion forcée*. Quand le déplacement est complet, l'épiphyse forme une saillie antérieure, sur laquelle les tendons, vaisseaux et nerfs, surtout le médian, viennent se tendre comme sur un chevalet : d'où, la production de troubles nerveux et trophiques, pouvant nécessiter une correction par l'ostéotomie.

Chez les vieillards, ne comptez point toujours sur cette déformation : l'épiphyse raréfiée, s'écrase sans « dos de fourchette »; les statistiques de TRÉLAT et de SCHMIDT nous apprennent que ce déplacement manquait 31 fois sur 42 chez des sujets ayant dépassé cinquante-huit ans. — Interrogez alors un autre signe important : l'ascension de l'apophyse styloïde du radius. Elle descend normalement plus bas que celle du cubi-

tus : quand elle est de niveau avec cette dernière, c'est que l'extrémité radiale s'est diminuée de longueur par pénétration des fragments. C'est le signe de Laugier : il a une réelle importance pratique quand la déformation dorsale manque ; dans la fracture « en étoile » ou par écrasement, le poignet se dévie seulement en dehors. Cette ascension de la styloïde radiale a une conséquence intéressante ; elle déjette en dehors la main tout entière, d'autant plus facilement que parfois la fracture radiale se complique de lésions du cartilage triangulaire

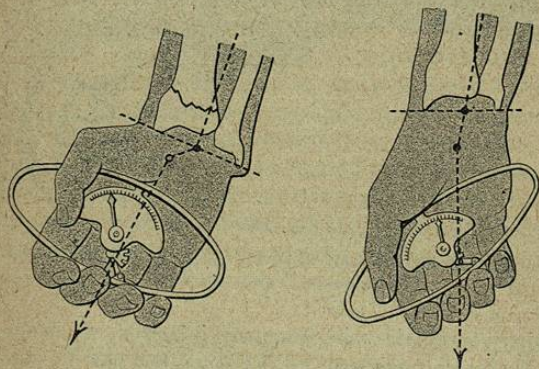


Fig. 207.

Diminution de la force des fléchisseurs, due à l'abduction de la main (inclinaison radiale) consécutive à l'ascension de la styloïde radiale.

ou d'arrachement portant sur la styloïde cubitale. Or, comme l'a montré PONCET, cette *abduction de la main* a une néfaste influence sur les fonctions des fléchisseurs (fig. 207) et mérite correction attentive.

Interrogez la *douleur*, localisée à la base de l'apophyse styloïde et suivant une ligne transversale située à un travers de doigt de l'interligne ; c'est encore un signe, quand on hésite entre une entorse du poignet et une fracture. Ne recherchez point la *crépitation* et la *mobilité anormale* qui font défaut dans la presque totalité des cas.

Traitement. — Quand la déformation a quelque impor-

tance, il faut réduire d'abord le déplacement. Il s'agit de faire basculer en avant et en bas le fragment inférieur. On y peut réussir en embrassant des deux mains entre-croisées la face palmaire de l'extrémité inférieure de l'avant-bras, pendant que les deux pouces appliqués sur le fragment carpien le refoulent en sens inverse. Quelques chirurgiens prennent la région fracturée, une main sur le fragment supérieur, l'autre sur le poignet et le fragment inférieur, les pouces placés à la face dorsale, et courbent sur leur genou le radius « comme du bois vert ».

Comment réaliser le maintien en position rectifiée. L'appareil de Nélaton fut longtemps classique. Des compresses graduées exercent une pression en sens inverse, d'une part sur la saillie palmaire du fragment supérieur, d'autre part sur la saillie dorsale du fragment carpien. Deux attelles appuient sur les compresses ; des lacs fixent le tout ; comme le recommandait DUPUYTREN, une attelle placée sur le bord cubital de l'avant-bras combat l'abduction de la main.

A l'heure actuelle, on préfère immobiliser le membre dans un plâtre taillé d'après les données de HENNEQUIN. D'ailleurs,

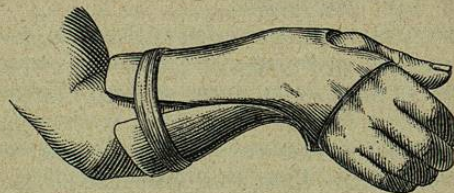


Fig. 208.

Appareil d'Hennequin appliqué (CHAVASSE).

on réduit au minimum cette immobilisation : il est des fractures, sans déplacement notable, qui s'en passent ; en tout cas, dès le septième ou dixième jour, il faut sortir le membre de l'appareil et exercer un massage quotidien indispensable au maintien de la souplesse de la jointure et des gaines tendineuses ; le précepte est particulièrement formel chez les blessés âgés qui aboutissent vite à l'ankylose.