

dans les fractures avec déplacement considérable et fissures du fragment inférieur s'étendant jusque dans l'articulation, que la liberté des mouvements du poignet se fait souvent longtemps attendre, surtout s'il s'agit de personnes âgées comme c'est fréquemment le cas. Ce sont principalement les vieilles femmes qui fournissent le plus fort contingent de fractures du radius. Néanmoins, même dans ces conditions, en opérant la réduction et instituant un traitement convenable, j'ai toujours réussi à rendre à la main son aptitude fonctionnelle, au point de lui donner la possibilité d'exécuter de fins travaux.

Il en est tout autrement lorsque, comme c'est souvent le cas, la fracture n'a pas été reconnue, ou que l'on n'a pas opéré la réduction ni dirigé le traitement d'une façon rationnelle. Tout d'abord, il s'écoule un temps extrêmement long jusqu'à la guérison de l'inflammation traumatique de l'articulation et des douleurs articulaires qui en sont la conséquence, jusqu'à la disparition de la roideur du poignet et des doigts, ainsi que de l'œdème de la région. Mais même une fois la guérison opérée dans une attitude vicieuse, il n'en reste pas moins des troubles fonctionnels considérables, une gêne des mouvements de pronation et de supination, ainsi que de flexion de la main ; les mouvements fins, surtout ceux qui consistent à saisir un objet avec la main et les doigts, ne se font qu'imparfaitement, grâce aux lésions des fléchisseurs par le fragment supérieur, et aux changements survenus dans le mode d'action de ces muscles.

Dans la plupart des cas, la réduction de la fracture s'opère facilement, au moyen de tractions exercées sur la main. Parfois ces dernières doivent être combinées avec un léger mouvement de pronation. Dans d'autres cas, il est nécessaire d'opérer les tractions sur la main fléchie, tout en exerçant une pression directe d'avant en arrière sur le fragment supérieur et d'arrière en avant sur le fragment inférieur. Si l'on ne parvient pas à obtenir la réduction de cette manière, ce qui, sans doute, est rarement le cas, on peut, avant de donner à la main l'attitude de la flexion, exercer sur elle des tractions en flexion dorsale. Dans ces cas on devra aussi, le plus souvent, imprimer au poignet des mouvements appropriés dans le sens de la pronation. Dans nombre de fractures qui avaient été méconnues ou mal guéries, j'ai fait même après plus de six mois des tentatives de réduction, et, en général, ces dernières ont été couronnées de succès. Presque toujours ces manœuvres assez violentes exigent l'emploi du chloroforme, et précisément dans ces cas, j'ai obtenu de bons résultats du procédé indiqué par ROSER, et consistant à débiter par une flexion dorsale énergique imprimée à la main. De cette manière j'ai réussi plusieurs fois à guérir la fracture sans déformation ni troubles fonctionnels ; par contre, ce que je dois affirmer, malgré l'avis en partie opposé d'autres chirurgiens, c'est que chez beaucoup de blessés chez lesquels on n'a pas tenté d'obtenir la réduction tardive de la fracture, la main conserve un haut degré d'inaptitude fonctionnelle.

Je ne réussis qu'à mettre de la confusion dans l'esprit du lecteur si je voulais donner une description des différents appareils qui ont été imaginés pour le traitement de cette fracture (A. COOPER, DUPUYTREN, GOYRAND, VOILLEMIER, etc.). On a cherché à appliquer de courtes attelles allant jusqu'à la main, et à utiliser surtout la main pendante dans l'écharpe (du côté cubital) pour obtenir la correction du déplacement (A. COOPER) ; tantôt c'est à l'attelle antérieure, tantôt à l'attelle dorsale que l'on a attaché le plus d'importance ; par l'application de compresses sous ces attelles, on a cherché à refouler les fragments à leur place normale. La forme de l'attelle (formes ressemblant à un pistolet [NÉLATON], ou à une botte [GORDON]), a été aussi assez souvent variée avec avantage pour le traitement de la fracture.

Il va sans dire que les fractures sans déplacement ou dont les fragments n'ont pas de tendance à se déplacer de nouveau une fois réduits, n'offrent aucune difficulté de traitement, quel que soit l'appareil employé. On peut alors mettre l'avant-bras entre deux attelles, dont l'une dorsale dépasse l'extrémité des doigts et l'autre antérieure, rembourrée avec un soin particulier, s'étend jusqu'à la paume de la main. Sous l'attelle dorsale également rembourrée on applique, en outre, une compresse s'étendant jusqu'au siège de la fracture. Dans ces cas on peut aussi avoir recours à l'**appareil plâtré** dont on entoure le membre après avoir mis la main en légère flexion ; *par contre nous déconseillons d'une façon générale l'emploi de cet appareil toutes les fois que la fracture offre quelque gravité*. Presque toujours, en effet, nous avons remarqué, au moment où nous enlevions la coque plâtrée appliquée à la période de gonflement, que le déplacement des fragments s'était reproduit sous l'appareil, ce dernier n'immobilisant plus suffisamment le membre une fois la tuméfaction disparue.

Lorsque la fracture s'accompagne d'un fort déplacement, que le fragment inférieur s'est porté en arrière et le fragment supérieur en avant, l'appareil doit être construit de façon à empêcher que cette déviation ne se reproduise une fois la réduction opérée. Il n'est pas nécessaire pour cela que la déformation du membre soit très prononcée ; il suffit que l'on constate l'absence de la convexité normale du radius du côté dorsal pour que l'on puisse en conclure sûrement à l'existence d'un déplacement qu'ici encore il s'agit avant tout de combattre. Il est aisé de comprendre qu'en général, une fois la réduction opérée, c'est en maintenant fléchie l'articulation du poignet que l'on courra le moins de chances de voir se reproduire le déplacement. Or on peut immobiliser la main dans cette attitude de flexion au moyen d'attelles de formes diverses, soit droites soit recourbées. Mais il ne suffit pas de maintenir simplement la main fléchie ; il faut encore exercer une pression sur les fragments qui ont une tendance à se déplacer. Nous voulons d'abord décrire de quelle manière, à l'exemple de ROSER, nous immobilisons l'avant-bras et la main dans la posi-

tion voulue, au moyen d'une attelle droite appliquée sur la face dorsale du membre.

Cet appareil est si simple et répond au but d'une façon si parfaite, que pour mieux me faire comprendre du lecteur, j'en donne ici un dessin assez analogue à celui de ROSER (fig. 22).

Une attelle ayant à peu près la largeur du bras, s'étend, en haut, jusqu'à l'épicondyle, et en bas pour le moins jusqu'aux premières phalanges des doigts. Il va sans dire qu'elle est rembourrée de tous côtés d'une bonne couche de ouate. On l'applique sur la face dorsale de l'avant-bras et de la main, que l'on laisse retomber librement en flexion. L'attelle elle-même n'est en contact avec le membre que jusqu'au niveau de l'articulation du poignet; l'espace vide qui s'étend depuis cette dernière jusqu'à l'extrémité des doigts, est comblé de préférence au moyen de fortes

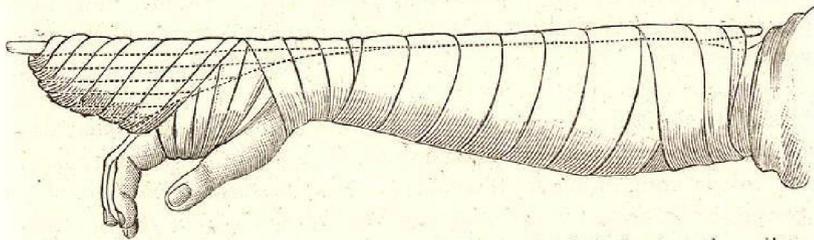


Fig. 22. — Attelle dorsale (ROSER) pour le traitement de la fracture du radius.

compresses de toiles, appliquées de façon à former par leur ensemble un coin. L'extrémité ou sommet de ce coin doit être placé directement sur le bout du fragment inférieur qui a fui du côté dorsal. Tout l'avant-bras et la main jusqu'aux doigts sont ensuite entourés d'une bande de flanelle, de façon à maintenir l'attelle solidement fixée (quant aux doigts on les laisse libres afin que le malade puisse les mouvoir pendant que l'attelle reste appliquée). Le bourrelet dorsal agit alors par pression sur la saillie du fragment inférieur. Pour combattre la tendance du fragment supérieur au déplacement, on l'attire contre l'attelle dorsale dans l'espace libre situé entre cette dernière et l'avant-bras, au-dessus du coin formé par les compresses dorsales. Pour le cas où le fragment supérieur tendrait néanmoins à se déplacer en avant, ce qui, soit dit en passant, ne m'est jamais arrivé, on ajouterait à l'appareil une courte attelle antérieure s'étendant jusqu'à l'articulation du poignet. Cette attelle aurait pour but de lutter contre cette tendance au déplacement, grâce à l'interposition d'une compresse sous son extrémité inférieure.

L'appareil que nous venons de décrire ne tend pas à ramener la main dans

l'adduction¹. Lorsque la réduction a été opérée convenablement, la déviation latérale de la main disparaît presque toujours, par le seul fait de la correction du déplacement des fragments, dans le sens antéro-postérieur, et il n'est pas nécessaire d'y remédier par une intervention spéciale. Dans les cas rebelles, cependant, on peut encore appliquer une compresse particulière, du côté radial de la main, compresse qui est destinée à refouler cette dernière du côté du cubitus, ou bien on peut maintenir cette position normale, au moyen d'une attelle latérale spéciale, étroite et bien rembourrée, que l'on fait arriver jusqu'au métacarpien du pouce.

Le même résultat peut évidemment être obtenu par l'application d'une attelle recourbée construite spécialement dans le but de fixer la main dans la flexion (attelle dorsale concave). Mais, ici encore, on fera bien d'appliquer une compresse spéciale servant à exercer une pression sur le fragment inférieur déplacé en arrière.

La position normale des fragments peut, d'ailleurs, être maintenue également au moyen d'une attelle palmaire recourbée, présentant une saillie en forme de pelotte destinée à faire disparaître la courbure anormale du radius, c'est-à-dire à refouler du côté dorsal le fragment supérieur qui s'est déplacé du côté des fléchisseurs (Bootsplint de GORDON). GORDON a complété cet appareil en y ajoutant une attelle dorsale s'étendant jusqu'au carpe et rembourrée de la manière que nous avons décrite. Mais tandis qu'on peut se procurer partout une planchette droite, il n'en est pas toujours ainsi d'une attelle concave ou convexe adaptée à la forme du membre; c'est précisément là ce qui constitue l'avantage de l'appareil de ROSER décrit plus haut.

Lorsque le cubitus s'est déplacé considérablement en dedans, à la suite de la rupture du fibro-cartilage triangulaire, il arrive assez souvent que l'on se trouve dans l'impossibilité de corriger, d'une façon complète, la déformation qui en résulte.

LINHART a prétendu, contrairement à LECOMTE, que des fractures par arrachement peuvent se produire aussi, à la suite d'une chute sur le dos de la main, et il s'est basé, pour l'affirmer, sur le résultat de ses expériences et sur l'observation clinique. Les fibres des ligaments postérieurs de l'articulation radio-carpienne (lig. rhomboïdes lacerti abstitii) ne se déchirent pas, mais arrachent une portion du radius sur lequel ils s'insèrent. Je puis, pour ma part, confirmer l'existence de ce genre de fractures pour en avoir observé un certain nombre de cas. Les symptômes sont ici précisément l'inverse de ceux du premier groupe de fractures, c'est-à-dire que le fragment inférieur a fui en

1. A l'état normal, lorsqu'un individu étend le membre supérieur, l'axe de la main représenté par le médus, et l'axe de l'avant-bras forment une ligne droite; en cas de fracture du radius, le renversement de la main en dehors détruit la rectitude de cette ligne; l'axe de l'avant-bras et celui de la main figurent deux lignes parallèles situées, à une certaine distance l'une de l'autre (POULET et BOUSQUET t. III, p. 783).
(Note du traducteur.)