

Recouverts par de nombreux muscles en avant et en arrière, les os de l'avant-bras sont presque sous-cutanés par leurs faces latérales. On les explore très facilement de ce côté, surtout le cubitus, que l'on peut suivre à travers la peau depuis l'apophyse styloïde jusqu'à l'olécrâne. Malgaigne repousse l'amputation à lambeaux dans la crainte que les os, n'étant plus, dans cette méthode, recouverts par la peau sur les côtés, ne se nécrosent : mais il est toujours facile de les scier assez haut pour qu'ils soient recouverts par la peau et les muscles. La meilleure méthode d'amputation de l'avant-bras consiste, selon moi, à tailler deux lambeaux semi-elliptiques en avant et en arrière, ne comprenant d'abord que la peau, à les disséquer dans la hauteur de 2 centimètres environ, à diviser ensuite les muscles dans le même sens que la peau, de manière à former des lambeaux cutanés-musculaires, qui recouvrent très bien les os et donnent un bon moignon. Si, pour une cause quelconque, on voulait extirper une portion ou même la totalité des os de l'avant-bras, c'est sur les côtés qu'il faudrait pratiquer l'incision cutanée.

La situation superficielle du cubitus explique la fréquence des fractures directes de cet os dans une chute sur l'avant-bras, d'autant plus que dans la chute c'est toujours le bord interne qui porte. Cette fracture est souvent méconnue, de même que la fracture isolée du corps du radius, parce que l'os sain, formant attelle, s'oppose au déplacement des fragments. Quand, à la suite d'une chute, un malade accuse une très vive douleur sur un point du trajet des os de l'avant-bras, il faut toujours songer à la possibilité d'une fracture et rechercher la crépitation, qui n'est pas, en général, difficile à percevoir. J'ai déjà dit, à propos du coude, qu'une fracture du cubitus pouvait déterminer une luxation du radius sur l'humérus ; c'est analogue à ce qu'on observe quelquefois sur l'articulation péronéo-tibiale supérieure à la suite d'une fracture du tibia.

Les os de l'avant-bras sont recouverts dans leur partie supérieure, en avant et en arrière, par d'épaisses couches musculaires. En bas ils ne sont séparés de la peau que par les tendons, les vaisseaux et les nerfs. De cette disposition anatomique découle une conséquence pratique des plus importantes. Un appareil de fracture appliqué sur l'avant-bras, surtout chez les enfants, peut comprimer les artères radiale et cubitale sur le plan osseux qui les supporte directement et amener une gangrène complète de la main. Les exemples de pareils désastres ne sont pas très rares. Un appareil de fracture de l'avant-bras *ne doit jamais causer de douleur*. Pour peu que le malade se plaigne, on doit lever l'appareil. Il faut être aussi prévenu de ceci : un appareil a été appliqué dans la journée, et vous revoyez votre malade le lendemain matin ; on vous dit qu'il a beaucoup souffert durant quelques heures de la nuit, mais tout est calme maintenant, il ne souffre plus ; gardez-vous de vous en tenir à ce récit, enlevez tout de suite l'appareil, et vous trouverez à coup sûr un point déjà sphacélé.

Les deux os de l'avant-bras présentent une légère concavité qui regarde en avant. Cette forme prédispose aux fractures indirectes des deux os par l'exagération de flexion. C'est ainsi que se produisent les fractures de l'avant-bras chez les enfants. Elles présentent ceci de très remarquable à cet âge de la vie qu'elles sont souvent incomplètes ; le seul symptôme est une incurvation du membre. Les os se comportent comme un morceau de bois vert qui, fortement ployé, cède du côté de la convexité et résiste du côté de la concavité. On ne peut souvent redresser la tige qu'au prix d'une solution de continuité complète, et