

bouts de chaque artère (ne pas oublier le bout inférieur qui sans cela pourrait fournir une hémorragie secondaire), suturer les tendons en ayant soin de les répérer le mieux possible et suturer les nerfs, le tout avec un fil de soie, le catgut se résorbant trop vite.

La main sera ensuite bien immobilisée dans la flexion en la maintenant avec une feuille de carton.

J'affirme encore aujourd'hui, comme il y a vingt ans, qu'à la suite d'une suture nerveuse, qu'elle soit primitive ou secondaire, le retour de la sensibilité peut se faire immédiatement; des faits positifs, bien observés, me l'ont prouvé et ne sauraient être infirmés par des faits négatifs. Même si l'on n'obtient pas ce résultat immédiat, la suture nerveuse sera encore très utile, en maintenant les deux bouts en contact ou au voisinage l'un de l'autre de telle sorte que les filets nerveux de régénération partis du bout central pourront gagner le bout périphérique sans s'égarer sur un organe voisin.

Il ne faut pas oublier que ces plaies renferment souvent des fragments de verre.

### Région postérieure du poignet.

La *région postérieure du poignet* offre un intérêt chirurgical beaucoup moindre que l'antérieure. Elle est normalement de niveau avec la face postérieure de l'avant-bras et la face dorsale de la main, mais la ligne de niveau peut être détruite par un déplacement osseux; une luxation du carpe tout entier ou de l'un de ses os produirait ce résultat; il est dû, dans l'immense majorité des cas, à une fracture de l'extrémité inférieure du radius. Le fragment inférieur forme une saillie au-dessus et au-dessous de laquelle existe un méplat; d'où le nom de déplacement en *dos de fourchette* donné par Velpeau. Pour que cette déformation soit très appréciable, il faut un déplacement considérable des fragments, et dans beaucoup de fractures de l'extrémité inférieure du radius on ne le constate pas; c'est, en somme, un signe moins bon que la dépression anguleuse de la face antérieure siégeant au niveau du talon de la main, puisqu'il n'existe que dans les cas types, alors que le diagnostic ne fait doute pour personne.

Posez la main à plat en pronation, et vous constaterez que les axes de l'avant-bras, du poignet et de la main sont situés sur une même ligne verticale. Le poignet étant déjeté en dehors dans la fracture de l'extrémité inférieure du radius, son axe se trouve porté dans le même sens, et la ligne devient brisée. Velpeau a comparé cette ligne à un Z, mais sans aucune espèce de raison. Elle se compose de deux lignes verticales, reliées par une troisième légèrement oblique.

La face dorsale du poignet présente des plis qui se produisent dans l'extension forcée de la main et disparaissent dans la flexion. Ils n'offrent pas d'intérêt.

La faible couche de parties molles qui recouvre les os rend ceux-ci beaucoup plus accessibles en arrière qu'en avant. On y remarque surtout la saillie formée par la tête et l'apophyse styloïde du cubitus. Cette apophyse devient encore plus saillante lorsque la main est portée en dehors à la suite d'une fracture du radius.

La peau de la face postérieure du poignet est plus épaisse que celle de la face antérieure, et couverte de poils. Elle est, de plus, très mobile et se rétracte