

part, à tout le rebord antérieur de la surface articulaire radiale, y compris le cartilage triangulaire.

J'admets, avec O. Lecomte, que la fracture classique de l'extrémité inférieure du radius a constamment pour cause un arrachement produit par les ligaments. C'est une loi de pathologie que le tissu spongieux des os est beaucoup moins résistant que les ligaments; ces derniers, fortement distendus, arrachent presque toujours la portion d'os sur laquelle ils s'insèrent. Exista-t-il jamais de meilleures conditions pour l'arrachement: un os, presque exclusivement spongieux, offrant une large surface d'insertion et des trousseaux fibreux d'une extrême puissance? L'expérimentation cadavérique démontre, d'ailleurs, le fait de la façon la plus nette. Mettez 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 analysant le phénomène de plus près, vous verrez que, dans le mouvement d'extension, le condyle carpien fait d'abord effort contre les ligaments antérieurs; ceux-ci bombent fortement et sont extrêmement distendus; nul doute que, sans leur extrême résistance, il se produisit très fréquemment une luxation radio-carpienne, mais ils résistent à peu près toujours: on sait combien est rare l'entorse du poignet. Si l'effort continue, comme il faut que quelque chose cède, c'est la portion d'os sur laquelle s'insèrent les ligaments qui est arrachée. Or, l'insertion carpienne se fait sur plusieurs os, spongieux eux-mêmes, mais qui offrent une plus grande solidité que le radius: aussi, est-ce toujours ce dernier qui se brise. Cependant, on trouve quelquefois un arrachement partiel d'un des os du carpe. Comment, d'ailleurs, expliquer par les autres mécanismes qui ont été invoqués la constance du siège de la fracture, sa direction transversale, l'écartement des deux fragments en avant, leur pénétration en arrière, pénétration en rapport avec le degré d'extension et pouvant aller jusqu'à faire éclater le fragment inférieur? Comment expliquer autrement l'arrachement simultané de l'apophyse styloïde du cubitus? *La fracture indirecte de l'extrémité inférieure du radius se produit toujours et ne peut se produire que par le mécanisme de l'arrachement.* Cette proposition a, pour moi, le caractère de l'évidence.

Une importante question de pratique, se rattachant au traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius, a été souvent agitée et n'est pas encore résolue. Combien de temps faut-il laisser le membre immobilisé? Velpeau, à qui une grande expérience avait montré les graves inconvénients d'une immobilisation prolongée, avait renoncé à toute espèce d'appareil. Il évitait ainsi les raideurs articulaires des doigts, de la main, du coude et de l'épaule, qui, surtout chez les personnes âgées, durent parfois si longtemps après la fracture qu'on ne pense plus à cette dernière cause et que l'on met en avant le rhumatisme. Il vaudrait mieux, en effet, pour le malade, être abandonné à lui-même qu'immobilisé pendant cinq et six semaines. Sans aller aussi loin que Velpeau, je pense qu'il faut réduire, mais ne laisser l'appareil que pendant quinze à vingt jours, et encore doit-on imprimer de légers mouvements à toutes les articulations, sauf à la radio-carpienne. On se trouvera également bien de faire du massage pendant ce temps.