

## CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LAS FRACTURAS AISLADAS DEL ESCAFOIDES DEL CARPO

*Según la experiencia recogida en 10 casos personales*

por el doctor

**J. TRUETA RASPALL**

del Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo.  
Cirujano Director de la Caja de Previsión y Socorro  
A. de Accidentes.

La relativa frecuencia con que se diagnostica hoy la fractura del escafoides del carpo, se debe, según nuestra opinión, a la práctica cada vez más difundida de las exploraciones radiográficas y no al aumento del número de dichas lesiones. Quienes suponen que los cirujanos de hace treinta años se encontraban con menos fracturas del escafoides que nosotros, invocan, a favor de este criterio, la moderna existencia de un mayor número de accidentes, debidos al aumento de las prácticas deportivas, a las condiciones especiales del trabajo, etc., haciendo suponer que hoy, con los métodos de que disponían nuestros antecesores, sería posible casi siempre, descubrir la rotura del hueso navicular. Pero lo que realmente sucede es muy distinto.

De los diez casos de fractura aislada del escafoides vistos por nosotros, en estos dos últimos años, seis, nos llegaron sin haber sido diagnosticados en las dos primeras semanas del accidente, habiéndose así perdido un tiempo precioso e irrecobable en la mayoría de los mismos, para el buen éxito del tratamiento.

Claro está que por los datos clínicos solamente, es decir, sin contar con la colaboración de los rayos X, no es siempre factible el diagnóstico de una lesión que puede confundirse con otras mucho más frecuentes—esguinces, distorsiones, roturas ligamentosas, etc.,—y que, por la pequeña proporción en que entra en el porcentaje general de fracturas (9 casos entre 3.000 examinados por A. TODD), o en el de lesiones de alguna importancia de la muñeca (10 entre 109 vistas por nosotros), se hace muchas veces insospechable para médicos no especializados.

Después de lo que antecede, es lógico suponer que, en las lesiones dolorosas de muñeca, es a los rayos roentgen a quienes debemos acudir para no exponernos a la grave complicación que acarrea un tratamiento inadecuado, lógica consecuencia de un error diagnóstico. Ahora bien, en algunos casos no es posible, por distintas circunstancias, valerse de tan útil auxiliar, y es en éstos en los que el médico—pocas de estas lesiones acuden directamente al cirujano—debe conocer la sintomatología que abona en favor de la fractura del hueso que nos ocupa.

Todos los especialistas que han tenido ocasión de observar lesiones de esta naturaleza, han podido apreciar síntomas que no dejan de presentarse nunca. Estos son los siguientes:

a) Hinchazón localizada en la mitad radial de la muñeca.

b) Intenso dolor, a la presión, al nivel de la tabaquera anatómica.

c) Limitación del movimiento de extensión de la mano.

Esta tríada sintomatológica no falta nunca, pero desgraciadamente, no es patognomónica. Existen otros síntomas que ayudan a robustecer el criterio diagnóstico, pero que son inconstantes. A saber:

d) Antecedentes de una caída sobre la mano, en extensión forzada.

e) Dolor a la percusión sobre la cabeza del segundo metacarpiano. (Signo de WAUGHAN).

f) Dolor en la tabaquera anatómica por la presión en la cabeza del segundo y tercer metacarpianos, teniendo la mano en adducción. (Signo de HIRSCH).

La crepitación, que tanto podría ayudarnos en el diagnóstico de probabilidad que justifique la instituirse en tales lesiones.

Con los seis síntomas antes dichos, y aunque algunos de ellos no se presenten, podemos efectuar un diagnóstico de probabilidad que justifique la institución de un tratamiento apropiado e inmediato, en espera de la comprobación radiográfica: la inmovilización.

\* \* \*

Es hoy conocido de todos que el hueso escafoides tiene la mayoría de veces dos puntos de osificación, interno el uno y externo el otro; en gran número de individuos, desaparece completamente todo vestigio de cartilago de interposición entre los focos osteogénicos, quedando constituido un hueso único antes de los cuatro años.

Pero la posibilidad de hallar radiográficamente el escafoides bi-partido, es innegable, ya que ha podido ser observada por AUVRAY, MOUCHET, SCHULZ y otros, aunque creemos, con WOLF, que la mayoría de los casos reseñados como tales, entre ellos los de PFITZNER, son, mejor, resultado de una fractura no consolidada que de un trastorno en la evolución de dicho hueso. Nosotros adjuntamos en el presente trabajo, la radiografía, comparativa, de las dos muñecas de un lesionado en el que, habiendo sufrido una caída sobre las manos, se sospechó la fractura del

hueso navicular izquierdo. Con sorpresa apareció en el lado derecho, a más de una fractura de la apófisis estiloides del cúbito, ya diagnosticada, otra fractura del escafoides. La irregularidad de las superficies de contacto de los fragmentos, bien distinta de una interlínea articular, a más del hecho de encontrar en este lado, menos sospechoso clínicamente, una fractura de la estiloides del cúbito,—prueba evidente de la intensidad del traumatismo,—nos priva de catalogar este caso como una lesión congénita, en oposición al criterio de PFITZNER.

Estimamos más razonable el concepto de DWIGHT, quien asegura que el escafoides se desarrolla por la fusión de dos elementos, procedentes uno del radio y otro del cúbito, y que, la fractura, no es otra cosa que la separación de las dos partes originariamente libres.

\* \* \*

De los diez casos que presentamos en este trabajo, sólo dos han sido fracturas del tercio interno, siendo, todos los demás, fracturas meio-transversales. En dos de ellos la separación de fragmentos ha sido notable; sólo el rotulado con el número uno presenta una fractura conminuta.

En lo que atañe a la patogenia, la mayoría de los autores estiman esta fractura como consecuencia casi exclusiva de una caída sobre la mano en hiperextensión. No obstante, nuestros casos 1.º, 4.º, 6.º y 7.º, dan fe de que los traumatismos directos son también causa principal de esta lesión, siendo nuestra estadística muy distinta de la de BEAU, quien, entre quince casos de rotura aislada, sólo encuentra dos de causa directa.

\* \* \*

Al comenzar el presente escrito, insistimos sobre la importancia capital que, para nosotros, tenía un rápido diagnóstico. Ello viene motivado por el hecho de que sólo un diagnóstico precoz puede aconsejar la institución del tratamiento adecuado DESDE EL PRIMER MOMENTO, circunstancia esta muy importante para la feliz evolución de la fractura, ya que, en la mayoría de los casos, podemos afirmar que esta urgencia inicial lleva aparejada un pronóstico favorable.

La indicación precisa e inmediata será, pues, la inmovilización, cuanto más perfecta mejor, con un vendaje de yeso que abarque desde la cabeza de los metacarpios hasta el tercio superior del antebrazo, mantenido durante 18 o 20 días.

Debemos rehusar todo procedimiento de movilización precoz que sólo conduce a la artritis y a aumentar el espacio que separa los fragmentos, desechando el miedo a la anquilosis, que nunca provoca una inmovilización de veinte días. El reposo permitirá que desaparezcan los trastornos locales, consecuencia del traumatismo (dolor, infiltración, espasmo muscular, etc.), al tiempo que principia el proceso osteogén-

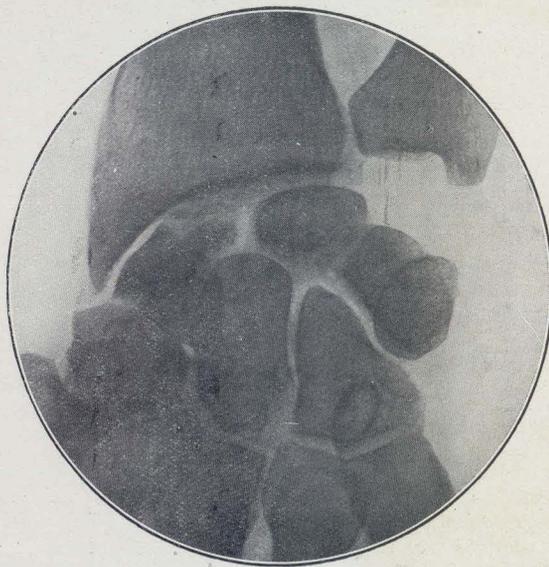
tico de reparación, siempre lento en este hueso, y muchas veces incompleto.

El escafoides, como la rótula y el olécranon, ven substituídos, con frecuencia los callos óseos por otros fibro-cartilagosos, transparentes, por lo tanto, a los Rayos X, pero que no causan perjuicio alguno en la función articular futura del hueso. No debemos, pues, sospechar ninguna alteración en la resolución normal de la fractura cuando, ante la persistencia de las molestias articulares, solicitando un nuevo examen radiográfico, observamos el surco transparente que parece dividir el escafoides, ya que, en la inmensa mayoría de los casos, la continuidad de dichas molestias y la incapacidad para el trabajo, son manifestaciones de una artritis que se fragua entre las superficies articulares del escafoides y el radio, artritis muy rápida en presentarse y muy reacia en desaparecer.

## Historias Clínicas

*Primer caso.*—B. A., 42 años, carpintero. Antecedentes patológicos sin importancia. El día 4 de abril de 1928 recibió un fuerte golpe con un tablón en la muñeca derecha, sintiendo gran dolor en la porción radial de la misma y apreciando señales de contusión (infiltración, ligeras erosiones, etc.). No se sospechó la presencia de lesión ósea alguna, por no existir síntomas de fractura en la epífisis radial, instituyéndose el tratamiento con fomentos calientes y ligera inmovilización, aunque sin férulas. A los 20 días ante la persistencia de las molestias, acude a nuestra visita pudiendo apreciar una infiltración limitada, al nivel de la tabaquera anatómica, acompañada de fuerte dolor a la presión y a la hiperextensión de la mano. Ante la sospecha de una posible fractura de escafoides, solicitamos un

*examen radiográfico,*



B. A. — Fractura conminuta del escafoides  
Rad. Dres. FIGUERAS y FAIXAT.

en el que aparece una fractura conminuta por aplastamiento, de la mitad interna del escafoides izquierdo. Se aprecia, además, un principio de desaparición de la interlínea articular radial, a nivel de la fractura.

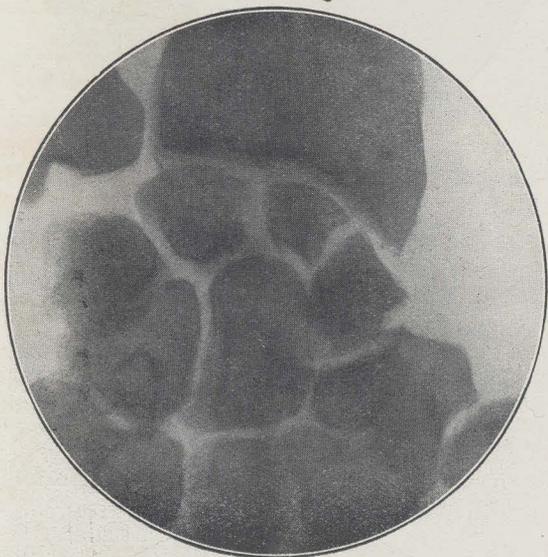
Por haber transcurrido más de 20 días y hallarse una

artritis en plena evolución, indicamos la conveniencia de practicarle un tratamiento fisioterápico a base de rayos infrarojos y diatermia, con lo que mejoró lentamente, pero persistiendo la limitación de la flexión dorsal y el dolor a la presión, al cabo de seis meses. Quedó con una reducción de su capacidad funcional, evaluada en un 20 por 100.

*Segundo caso.*—F. C., 28 años, contratista de obras, sin antecedentes patológicos. El día cinco de diciembre del 27 resbaló en la calle, cayendo con la mano en extensión forzada. Sintió, inmediatamente, molestias intensas en toda la muñeca, que le obligaron a consultar a un médico, quien diagnosticó un esguince. No se inmovilizó la articulación.

Al cabo de un mes, al no encontrar mejora en sus molestias, acude a nuestra consulta, pudiendo apreciar una infiltración y dolor en la porción radial de dicha muñeca. En vista de ello solicitamos un

*examen radiográfico,*



F. C. — Fractura del escafoides con rarefacción. Rad. Dres. FIGUERAS y FAIXAT

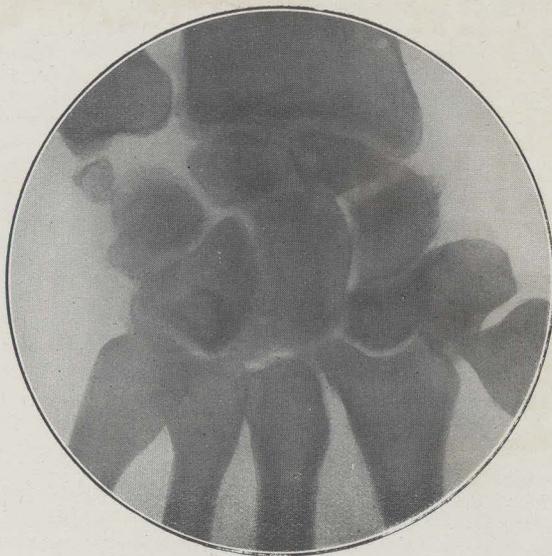
en el que pudo apreciarse una fractura medio transversal del escafoides, con rarefacción alrededor del foco de la misma y que interesa también la faceta articular del semilunar, contigua al hueso fracturado.

Se instituyó un tratamiento combinado a base de diatermia e inmovilización, durante quince días, y más tarde, diatermia y ligeros masajes, que paulatinamente mejoraron las molestias, pudiendo darlo por curado a los setenta y seis días de la lesión, persistiendo una disminución de la flexión dorsal de la mano.

*Tercer caso.*—T. M., 34 años, tejedor, antecedentes sin importancia. Trabajando en la fábrica, cayó de una escalera, apoyándose con ambas manos en el suelo. Causóse una herida incisa en la región superciliar derecha, una contusión en el muslo izquierdo y un traumatismo en ambas muñecas, que fué diagnosticado de esguince en la izquierda y de fractura de la apófisis estiloides del cúbito en el lado derecho. Inmediatamente se le somete a la inmovilización de ambas muñecas mediante una férula palmar, que llevó solamente durante cinco días en la mano izquierda y hasta veinte en la derecha.

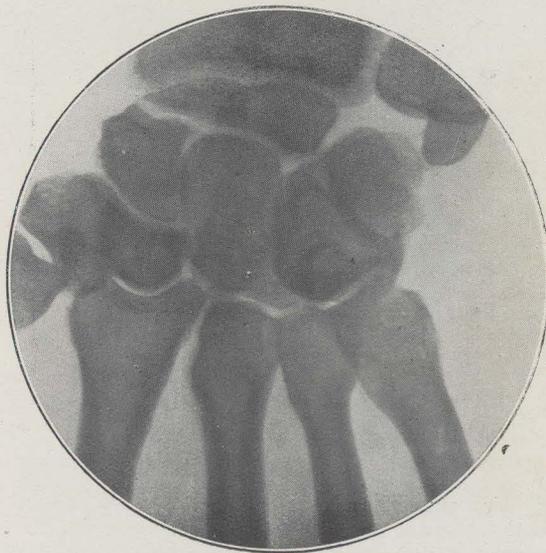
La persistencia de las molestias articulares aconsejó la realización de un *examen radiográfico*, observándose en el mismo una fractura bilateral del escafoides sin separación

de fragmentos, acompañada, en el lado derecho, de una fractura con separación de la apófisis estiloides del cúbito.



T. M. — Fractura del escafoides y de la apófisis estiloides del cúbito. Rad. Dres. COMAS y PRIÓ.

Ordenóse un tratamiento masoterápico que mejoró las molestias de la muñeca derecha, pero que resultó incapaz para obtener la curación total de la izquierda, en la que quedó limitada la flexión dorsal de la mano.



T. M. — Fractura del escafoides sin separación de fragmentos. Rad. Dres. COMAS y PRIÓ.

Al año y medio de lesionarse, persistía dicha dificultad en la capacidad funcional de la mentada articulación.

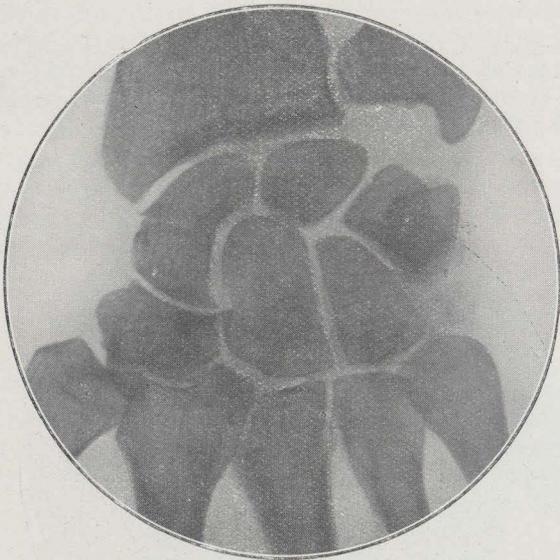
*Cuarto caso.*—P. R., 18 años, marinero, sin antecedentes. El día 22 de febrero de 1927, trabajando en el buque, recibió un fuerte golpe en el dorso de la muñeca izquierda,

producido por un cabo de cuerda que le percutió, con gran violencia, al romperse una amarra. Inmediatamente sintió un fuerte dolor, aumentado al más pequeño movimiento, especialmente en la cara externa de dicha articulación.

Al examen clínico apreciábase la muñeca izquierda ligeramente hinchada, al nivel de la interlínea articular radiocarpiana; desaparición del surco propio de la tabaquera anatómica; movimientos voluntarios de extensión abolidos por el dolor; signo de HIRSCH y de WAUGHAN negativos. Con estos síntomas pensóse en la posibilidad de que existiera una fractura del escafoides izquierdo, pero la rareza de las fracturas aisladas de causa directa, nos privó de hacer un diagnóstico en firme. En vista de ello y ante la duda, ordenóse un *examen radiográfico*, en el que se halló una fractura medio transversal del escafoides izquierdo, sin separación de fragmentos.

Hecho el diagnóstico, a las 24 horas de producirse la fractura, se efectuó la inmovilización por férula palmar, que fué tenida durante 15 días, transcurridos los cuales empezóse la movilización pasiva y ligeros masajes superficiales. A los 18 días se comenzaron las movilizaciones activas, pudiendo reemprender el trabajo, a los 32 días, completamente curado.

*Quinto caso.*—R. S., 40 años, lavandera, sin antecedentes patológicos dignos de mención. El día 6 de octubre del 27, fué atropellada por un automóvil, cayendo al suelo con la mano en extensión forzada. Presentaba ligeras erosiones en varios puntos del cuerpo y un fuerte dolor e infiltración en toda la zona radial del carpo, especialmente en la tabaquera anatómica; signo de HIRSCH positivo. Ante la sospecha de una fractura de escafoides se practicó un *examen radiográfico*,



R. S. — Fractura medio transversal del escafoides sin separación de fragmentos.  
Rad. Dres. FIGUERAS y FAIXAT.

apareciendo, en el mismo, una fractura medio transversal del hueso navicular, sin separación de fragmentos.

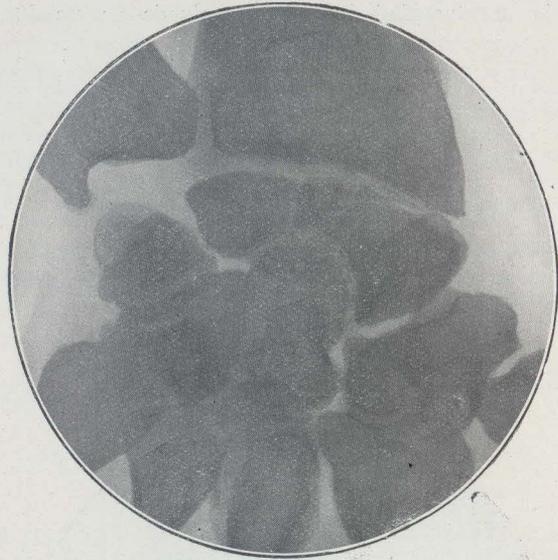
Practicósele una inmovilización por vendaje de yeso durante 17 días y luego masajes y movilización por espacio de otros 36, al cabo de los cuales pudo reanudar sus ocupaciones completamente curada.

*Sexto caso.*—J. R., 33 años, ladrillero, antecedentes patológicos sin importancia. Haciendo esfuerzos para arrastrar un haz de leña, se rompió la cuerda de que tiraba, dándose un fuerte golpe contra la pared, con el dorso de la mano derecha, hallándose ésta en flexión forzada.

Apareció inmediatamente un fuerte dolor en toda la interlínea de la muñeca, que se calmó, al poco rato, permitiéndole trabajar durante unas tres horas, pero que apa-

reció nuevamente hasta obligarle a cesar en sus quehaceres. Se diagnostica una contusión y no se inmoviliza.

A las tres semanas se solicita un *examen radiográfico*,

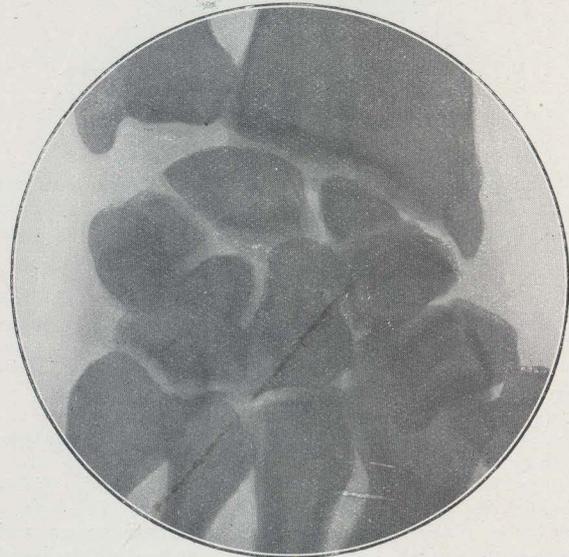


J. R. — Fractura del escafoides con artritis consecutiva.  
Rad. Dres. FIGUERAS y FAIXAT.

en el que se halla una fractura del escafoides, en su tercio interno, con artritis que afectaba la superficie articular carpiana del radio.

Prescribiósele la inmovilización combinada con sesiones cotidianas de diatermia, y posteriormente, termoterapia con los rayos infrarojos. A los cinco meses reanuda el obrero su trabajo, persistiendo ligera dificultad a la hiperextensión y abducción de la mano.

*Séptimo caso.*—P. G., 38 años, faquín. Antecedentes



P. G. — Fractura medio transversal del escafoides y arrancamiento de la apófisis estiloides del radio.  
Rad. Dres. FIGUERAS y FAIXAT.

patológicos: hace dos años fracturóse el segundo metacarpiano, comprobándose radiográficamente dicha lesión. El

día 21 de enero del año 28 se rompió el eje del carro en que iba montado, cayendo al suelo y dando con la mano en el mismo, sin poder precisar la posición de dicha extremidad.

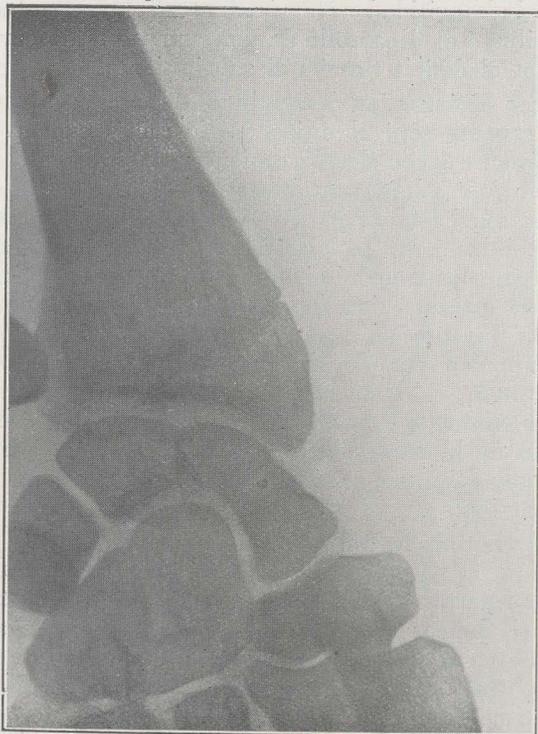
Notó, al darse el golpe, dolor e incapacidad funcional en la muñeca derecha, siendo diagnosticado un esguince y sometido a un tratamiento movilizador. A los 31 días se practicó un *examen radiográfico*, en el que se encontró una fractura medio transversal del escafoides y fractura, por arrancamiento parcial, de la apófisis estiloides del radio en vías de consolidación. Se observó, además, una fractura consolidada y antigua del segundo metacarpiano.

Aconsejóse un tratamiento fisioterápico que mejoró algo las molestias, pero no pudo evitar una disminución de la capacidad funcional de la mano, que fué valorada en un 15 por ciento.

*Octavo caso.*—S. M., 26 años, antecedentes sin importancia. El día 5 de mayo de 1927, recibió un fuerte golpe en el dorso de la región carpiana de la mano derecha, que le imposibilitó, desde el mismo momento, la realización del más leve movimiento debido al gran dolor que ello le ocasionaba; presentaba, además, infiltración al nivel de la interlínea articular radio-carpiana.

Para atenuar los dolores intensos que aquejaba, a los dos días del traumatismo se le colocó un vendaje de yeso del tipo HENNEQUIN, que le inmovilizó por espacio de 13 días, al cabo de los cuales fué retirado para comenzar un tratamiento fisioterápico.

Como sea que persistieran los dolores, pidióse un *examen radiográfico*, en el que apareció una fractura completa,



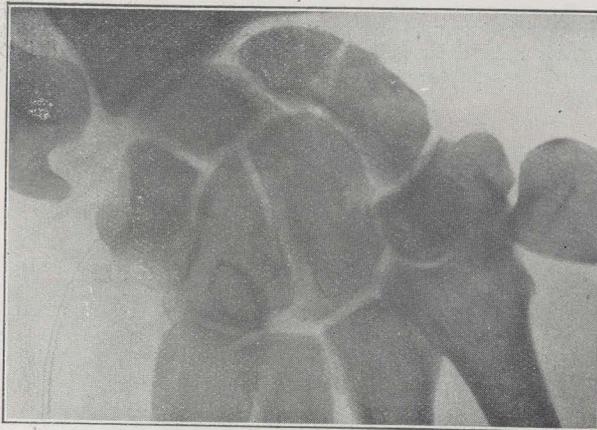
S. M. — Fractura medio transversal del escafoides sin separación de fragmentos.  
Rad. Dres. FIGUERAS y FAIXAT.

medio transversal, del escafoides derecho, sin separación de fragmentos, y que parecía hallarse en vía de consolidación.

Ante este diagnóstico recomendamos la continuación del tratamiento fisioterápico a base de diatermia y termoterapia con rayos infrarojos, hasta permitirle reintegrarse a su trabajo habitual, a los 92 días del traumatismo, completamente curado.

*Noveno caso.*—A. P., 35 años, médico, sin antecedentes

patológicos. El día 13 de diciembre del 28 en ocasión en llaba realizando un ejercicio deportivo, resbaló, cayendo sobre la mano izquierda en extensión forzada. Sintió, inmediatamente, fuerte dolor, que desapareció a la media hora, continuando sin molestias durante tres días; al cuarto día, realizando un movimiento de rotación de la mano, para abrir la portezuela del automóvil, sintió un violentísimo dolor que aumentaba al más leve movimiento. A las pocas horas y ante la persistencia de los dolores, efectuóse un *examen radiográfico*, en el que apareció una fractura



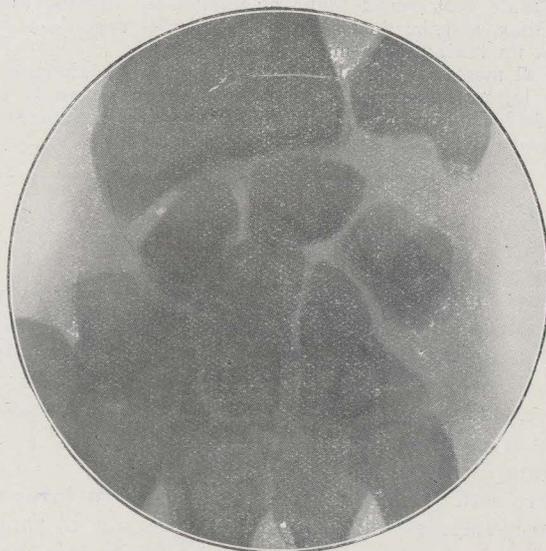
A. P. — Fractura medio transversal.  
Rad. Dr. PINÓS.

medio-transversal del escafoides izquierdo sin separación de fragmentos.

Inmovilizóse la muñeca lesionada durante 16 días, con un vendaje de yeso que abarcaba desde la cabeza de los metacarpianos hasta el tercio superior del antebrazo. Retirado el apósito, inicióse la movilización progresiva de la articulación, recobrando el lesionado la integridad de movimientos a los pocos días.

Hoy, al cabo de 35 días, han desaparecido casi por completo las molestias que le aquejaban.

*Décimo caso.*—R. C., 27 años, médico, sin antecedentes

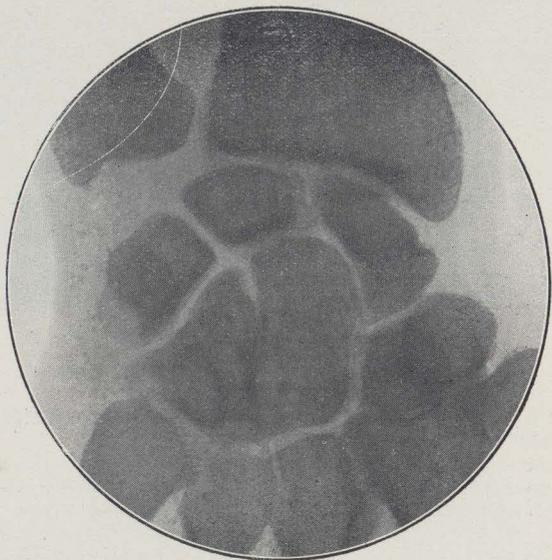


R. C. — Radiografía A; fractura medio transversal con desplazamiento.  
Rad. Dr. PRIÓ.

patológicos. El día 13 de diciembre del 28 en ocasión en

que se hallaba jugando un partido de tennis, sufrió una caída, apoyándose en el suelo con la mano en flexión dorsal, sintiendo un intenso dolor en la porción radial del carpo que persistió después del accidente. A las pocas horas tuvimos ocasión de ver al lesionado en el cual pudimos apreciar toda la sintomatología propia de las lesiones del escafoides (infiltración de la tabaquera anatómica, color a la presión sobre la misma, signo de HIRSCH, etc.).

En el *examen radiográfico* hallóse una fractura medio-transversal del escafoides, con separación de fragmentos (A). Practicado el examen radiográfico comparativo de la otra muñeca, apareció, al nivel del tercio izquierdo del escafoides, una ranura que podría abonar la tesis de DWIGHT favorable a la existencia, en el adulto, de un punto de mínima resistencia correspondiente a la primitiva zona de fusión (B).



R. C. — Radiografía B.  
Rad. Dr. PRIÓ.

Prescribióse como tratamiento la inmovilización en un vendaje de yeso con la mano en adducción forzada, durante 18 días, al cabo de los cuales retiróse el vendaje e instituímos un tratamiento masoterápico.

En el momento actual, el enfermo hállase totalmente restablecido, no experimentando ninguna molestia en la articulación lesionada, a pesar de persistir el desplazamiento del fragmento inferior.

### COMENTARIOS

Quien haya examinado las historias clínicas que preceden, habrá podido observar que todas ellas se mueven dentro de un ritmo idéntico: lesionado a quien, por habersele hecho el diagnóstico, o por otra causa, se le somete la muñeca a inmovilización desde el primer instante, es un lesionado que cura sin complicación.

Claro está que esta ley rige para las fracturas medio-transversales, sin separación, que son la inmensa mayoría; en cambio, la misma lesión, sin haber sido inmovilizada durante las primeras semanas, produce casi indefectiblemente un proceso de desnudación articular que deja, como residuo permanente, una mengua en la flexión dorsal de la mano.

De todos los casos descritos llaman la atención, por lo esquemáticos, el número cuatro y el número seis, en que la lesión inicial fué la misma, pero las radicales diferencias del tratamiento a que fueron sometidos les llevaron a resultados bien distintos: El primero, a los 32 días de la lesión, puede reanudar el trabajo completamente curado, mientras que el segundo, a pesar de haber sido tratado posteriormente con los más modernos procedimientos fisioterápicos, a los cinco meses guarda, como reliquia permanente, una manifiesta dificultad a la flexión dorsal de la mano.

En lo que hace referencia a las fracturas con separación de fragmentos, hemos de hacer notar, igualmente, que la pronta inmovilización debe estimarse como un acertado método de tratamiento. Así a lo menos permite suponerlo el resultado obtenido en el caso número diez, en el cual, a pesar de haberse producido la luxación del fragmento inferior, ha sido suficiente la inmovilidad del carpo, mantenida durante 18 días para que desapareciesen todas las molestias y fuese posible la reintegración posterior del funcionalismo articular.

Por el contrario, el caso primero, muestra bien cómo la movilidad extemporánea de la articulación contribuyó al desarrollo de una artritis radio carpiana con el déficit funcional subsiguiente.

Claro está que, en determinados casos, la intervención cruenta será el único medio racional de tratar una fractura con desplazamiento de fragmentos, ya que no pretendemos establecer que la inmovilización precoz sea bastante para resolver, por sí sola, todas las posibles contingencias de este género de lesiones. Con todo, los beneficios a obtener mediante la inmovilidad quedan bien destacados; el persistir en la misma durante un tiempo prudencial es cuestión de oportunismo cuando los fragmentos del escafoides fracturado se hallen separados, ya que no será suficiente en todos los casos y en más de uno, la extirpación de la parte desplazada se ofrecerá al cirujano como la única posibilidad de conservar la función articular.

En cuanto a la influencia que en el pronóstico pueda tener la patogenia de la lesión, no estamos autorizados para afirmar que sea muy notable, puesto que, si el peor caso que hemos tenido debióse a un traumatismo directo, idéntico fué el motivo que ocasionó otra fractura en la que ha sido posible lograr el óptimo resultado apetecible. Estimamos necesario hacer constar, además, y ya que de patogenia hablamos, el gran número de fracturas por causa directa (40 por 100) que hemos registrado, cifra muy superior a la observada por otros cirujanos.

En resumen y para terminar, siempre que nos hallemos ante una lesión dolorosa del carpo en la que exista algún síntoma que haga sospechar una fractura de escafoides, debemos inmovilizar hasta tanto que se haya esclarecido la duda, bien por un examen a los rayos X, bien por la desaparición de la sintomatología que aconsejó dicho tratamiento.

## BIBLIOGRAFIA

- ABADIE y JEANBRAUX.—Bulletin Medical, 1903.  
 AUVRAY.—Bul. Soc. Anat., 1898.  
 BERARD.—Lyon Chirurgial, 1912.  
 BIANCHERI.—La Chirurgia degli Organi di Movimento, Vol. 4, 1920.  
 DESTOT ET GALLOIS.—Revue des Chirurgie, 1898.  
 DESTOT.—Les traumatismes de poignet et les accidents de travail, 1905.  
 DESTOT.—Lyon Chirurgial, 1914.  
 DESTOT.—Traumatismes du poignet et rayons X, 1923.  
 V. FERRERO.—Archivio Italiano di Chirurgia, 1928.  
 HIRCHS.—Ergebnisse der Chir. und Orthp., 1914.  
 JUDET.—Traite des Fract. des Membres.  
 MAGLIULO.—Archivio di Ortopedia. Vol. XLIII, 1927.  
 Fratture isolate medio-transversali dello scafoide del carpo. 1928.  
 MOÛCHET.—Revue d'Orthopedie, 1919.  
 PFITZNER.—Zeitschrift. für morphologie und antropologie, vol. II, 1900.  
 ROCHER.—Congrès Franc de Chirur., 1919.  
 REYNARD.—Thèse de Lyon, 1904.  
 TODD.—The British Journal of Surgery.  
 WOLFF.—Monatschr. für Unfall u. Invalid.

## RESUME

*La precocité du diagnostic a une très grande importance pour le traitement des fractures isolées du scaphoïde du*

*carpe, puisqu'elle permet d'instituer le traitement convenable dès le premier moment: immobilisation avec bandage de plâtre maintenu pendant 18 ou 20 jours qui embrasse dès la tête des metacarpiens jusqu'au tiers du avantbras. On doit refuser la mobilisation precoce.*

## SUMMARY

*The early diagnosis is of vital importance for the treatment of isolated fractures of the carpus scaphoid, as it enables to carry out the suitable treatment from the very beginning: immobilization with plaster bandage reaching from the head of the metacarpus to the upper third of the forearm, held 18-20 days.*

*Early mobilization should be refused.*

## ZUSAMMENFASSUNG

*Die frühzeitige Diagnose ist von sehr grosser Wichtigkeit für die Behandlung der vereinzelt Brüche des Kahnbeines des Karpus, da sie ja vom ersten Augenblick an erlaubt, die geeignete Behandlung anzuordnen: Unbeweglichkeit durch einen Gipsverband, der von dem Anfang der Mittelhandmuskulatur bis zum obersten Drittel des Vorderarmes reicht.*

*Man vermeide das frühzeitige Bewegen.*