

de la région articulaire; dans la plupart des cas la cause en est inconnue.

Le petit sac qui constitue la tumeur, a ses parois formées d'une couche épaisse de tissu conjonctif tapissée d'endothélium à l'intérieur. Sa cavité, simple ou divisée en plusieurs loges ou culs-de-sac, contient une matière gélatineuse transparente et épaisse. Le plus souvent la tumeur est fixée par un pédicule soit au ligament capsulaire de l'articulation, soit à des ligaments latéraux ou au périoste, beaucoup plus rarement à l'une des gaines tendineuses, et dans nombre de cas, il existe une étroite communication avec la cavité articulaire ou la gaine synoviale (?). Pour expliquer le développement du kyste sur la capsule articulaire, on admet la préexistence de petites poches, de hernies de la synoviale entre les tendons; peu à peu ces poches remplies de liquide se dilatent, et leur orifice de communication avec la cavité articulaire se rétrécit ou s'oblitère tout à fait. Il n'est pas rare non plus de voir de petits kystes folliculaires de la synoviale perforer la couche fibreuse et apparaître sous la forme de ganglions. Ces petits kystes peuvent également avoir pour point de départ la gaine des tendons (HENLE). Cette dernière est, peut-être, aussi, parfois le siège de hernies de la synoviale.

Les observations que j'ai faites en extirpant ces tumeurs, dans le cours de ces dernières années, m'ont amené à des conclusions qui concordent en somme avec celles que FALKSON a fait connaître, dans un travail remarquable sur ce sujet. Tout d'abord les opérations que nous avons pratiquées, nous ont démontré qu'en règle générale les kystes synoviaux étaient soudés aux gaines tendineuses, mais que, dans tous les cas, la tumeur s'étendait jusqu'à la capsule articulaire et qu'on était obligé de l'en détacher par dissection. Par contre, je n'ai pas observé de communication avec l'articulation. C'est à bon droit que FALKSON, se basant sur le fait que ces petits kystes sont soudés à la fois à plusieurs gaines tendineuses et à la capsule, admet comme plus probable que cette dernière en est le point de départ, et que les adhérences avec les tendons se sont produites secondairement. Que des auteurs veuillent, à l'exemple de HOEFTMANN, donner l'épithète de *dermoïde de la synoviale* à ces tumeurs nées des follicules synoviaux ou des corpuscules sous-séreux, nous n'y voyons, pour notre part, aucune objection sérieuse. Il est vrai que, jusqu'ici, cette épithète n'a pas été appliquée aux kystes tapissés d'une couche endothéliale.

On se fait souvent illusion sur le volume de ces tumeurs. Comme le fait remarquer FALKSON avec raison, en incisant le kyste on trouve qu'il est beaucoup plus volumineux et son contenu bien plus abondant qu'on ne le supposait. Le siège de la tumeur est très typique: dans la grande majorité des cas, elle se trouve située du côté radial de la main. La plupart des kystes développés du côté des extenseurs, atteignent la surface entre le tendon de l'extenseur propre de l'index et celui du premier radial externe. Du côté palmaire, nous devons signaler, à cause

de son importance, à divers points de vue, le ganglion que l'on observe parfois sur le radius, entre le grand palmaire et le long supinateur. Nous disons à cause de son importance, parce que, d'après ma propre expérience, c'est le seul ganglion qui gêne d'une façon notable certains mouvements de la main, et que, d'autre part, il met beaucoup de temps à se montrer à l'extérieur, ce qui est une cause de difficulté pour le diagnostic. Il m'est arrivé maintes fois déjà de rencontrer un kyste séreux de la région radiale du poignet, alors qu'il semblait que l'on eût affaire à une périostite du radius. C'est ce que j'ai observé particulièrement chez des pianistes qui se plaignaient d'éprouver une gêne considérable dans les mouvements des doigts, et plusieurs fois déjà j'ai délivré le malade de ses maux par l'extirpation de la tumeur. Au devant de cette dernière passe l'artère radiale; on devra bien se rappeler ce rapport dans le cours de l'opération.

Le remède qu'en général on emploie tout d'abord dans le traitement des kystes séreux du poignet, c'est la teinture d'iode. Elle n'est bien certainement, dans la plupart des cas, d'aucune efficacité.

Lorsqu'on est doué de pouces vigoureux, on réussit parfois à déterminer par pression l'écrasement de la petite tumeur. Le public se sert souvent d'un procédé consistant à rompre le kyste par percussion avec une cuiller en bois. On peut également se servir dans ce but d'un marteau en bois, mais on fera bien alors de placer une compresse sur la peau, afin que cette dernière ne reçoive pas directement le choc de l'instrument. Nous ne voyons aucun avantage à user de ces procédés qui agissent par contusion. On peut, en effet, vider le contenu du kyste avec moins de douleur et d'une façon tout aussi complète, en introduisant un ténotome à travers la peau à une certaine distance de la tumeur, et en plongeant ensuite l'instrument dans la paroi de cette dernière; une simple pression suffit alors à en évacuer le contenu. On peut rendre l'opération encore plus efficace en décrivant un arc de cercle avec la pointe du ténotome, et en promenant la pointe de l'instrument dans différentes directions, à travers les parois du kyste (MALGAIGNE). Quel que soit le procédé employé, incision sous-cutanée ou écrasement, on fera bien de pratiquer pendant quelque temps la compression, au moyen de bandettes de sparadrap.

Un petit nombre de kystes seulement guérissent par le mode de traitement que nous venons d'indiquer; des récidives se produisent dans la grande majorité des cas.

BIDDER a conseillé, dans ces derniers temps, d'aspirer le contenu du kyste au moyen d'une seringue de Pravaz, et d'y injecter ensuite une solution phéniquée forte; ce procédé est relativement sans danger; aussi ne pouvons-nous que le recommander.

Les méthodes de traitement décrites jusqu'ici sont celles que nous conseillons d'employer tout d'abord dans la pratique. En effet, les autres

interventions chirurgicales qu'il nous reste à mentionner, exigent que l'on opère *selon toutes les règles de l'antisepsie*. Le praticien qui ne se sent pas sûr, sous ce rapport, ou qui a des motifs de craindre que le malade n'enlève son pansement, fera bien de s'abstenir de ces opérations, car l'inobservance des prescriptions antiseptiques peut entraîner de graves conséquences (suppuration des gaines tendineuses ou de l'articulation, etc.). Les méthodes opératoires en question sont, d'une part, **l'incision** avec les précautions antiseptiques, suivie de lavages avec des solutions désinfectantes (acide phénique à 5 0/0), ainsi que du drainage de la cavité kystique, et, d'autre part, **l'extirpation de la tumeur**. C'est cette dernière méthode qui, sans aucun doute, est la plus sûre.

Ces deux opérations, nous l'avons dit, ne sont justifiées qu'à la condition que l'on observe toutes les règles de la méthode antiseptique. Le membre ayant été ischémié, on met à nu le sac, on l'ouvre dans les cas où l'on se contente de l'incision, puis le contenu ayant été évacué, on lave la cavité kystique avec une solution forte d'acide phénique, et l'on y introduit pour quelques jours un tube à drainage. La plaie est ensuite recouverte d'un grand pansement de Lister. S'agit-il d'extirper le sac, on détache ce dernier avec précautions des gaines tendineuses ainsi que de la capsule. Une blessure de la gaine tendineuse est sans importance lorsqu'on opère avec les précautions antiseptiques.

Lésions traumatiques et affections inflammatoires de l'articulation du poignet et du carpe. Considérations anatomiques.

§ 101. — Nous faisons précéder ce chapitre d'une courte étude sur l'anatomie et le mécanisme de l'articulation du poignet.

Dans nos considérations anatomo-physiologiques sur l'articulation du coude nous avons déjà fait remarquer qu'une partie des mouvements du poignet ont pour siège non pas l'articulation radio-carpienne, mais bien l'articulation radio-cubitale inférieure, sous forme de pronation et de supination, et que la main n'exécute ainsi qu'indirectement ces mouvements de rotation. En effet, lorsque la main se met en pronation ou en supination, la cavité glénoïde du radius se meut sur la portion cylindrique du cubitus. L'articulation radio-cubitale inférieure est séparée de l'articulation radio-carpienne par un fibrocartilage (ligament triangulaire). Ce dernier n'est autre qu'un prolongement du cartilage articulaire du radius; il est fixé par un ligament très mobile (lig. subcruentum) à l'apophyse styloïde du cubitus. Quant à la fixation du cubitus au carpe par le ligament latéral interne, elle est relativement lâche; aussi l'extrémité inférieure de cet os peut-elle facilement s'éloigner du radius et quelque peu aussi des os du carpe, dans les cas de fracture du radius ou de déchirure du ligament capsulaire.

Les **mouvements de la main** ont pour siège une double articulation, qui est constituée non pas par de simples extrémités articulaires, mais bien aussi par un certain nombre de petites pièces osseuses (os du carpe) réunies entre elles de façon à former des surfaces convexes et concaves articulées

entre elles. La partie la plus simple de tout cet appareil articulaire, c'est l'extrémité inférieure du radius qui est destinée à recevoir dans sa concavité le condyle formé par la première rangée du carpe, c'est-à-dire par le scaphoïde, le semi-lunaire et le pyramidal. Mais les mouvements de la main ne dépendent pas seulement de cette articulation; en effet, la face inférieure des os que nous venons de mentionner, forme une concavité qui s'articule avec la tête du grand os et de l'os crochu. Le scaphoïde possède, en outre, latéralement, deux petites surfaces qui s'articulent avec les faces supérieures concaves du trapèze et du trapézoïde. La seconde rangée des os du carpe est unie au métacarpe par des articulations dépourvues de mobilité.

Si, à l'exemple de H. MEYER, on considère comme étant l'attitude moyenne de la main, la position droite étendue avec une légère tendance à la flexion palmaire, l'amplitude des mouvements possibles, à partir de cette position, est de 45° environ pour la flexion palmaire et de près de 60° pour la flexion dorsale. Ces mouvements, de même que ceux d'abduction et d'adduction ou mieux de *flexion radiale et cubitale*, ont pour siège les deux articulations radio-carpienne et médio-carpienne; nous renonçons à décrire les mouvements propres à chacune de ces deux articulations, vu leur complexité et leur peu d'importance clinique. Le lecteur désireux de se renseigner à ce sujet pourra consulter avec fruit les travaux de HENKE et de H. MEYER, bien qu'à vrai dire ces deux auteurs soient arrivés à des conclusions différentes. Les flexions cubitale et radiale ont, dans la position moyenne de la main, une amplitude d'environ 40°; cette amplitude diminue de plus en plus vers la fin de la flexion palmaire et dorsale. La main, dès qu'elle est arrivée à un degré extrême de flexion dorsale ou palmaire, ne peut plus exécuter des mouvements d'abduction ni d'adduction.

Les longs muscles fléchisseurs et extenseurs de la main et des doigts qui franchissent plusieurs articulations (muscles bi et polyarthrodiaux), jouent un rôle des plus importants dans le mécanisme d'arrêt des mouvements que l'on exécute dans les travaux manuels de chaque jour; en effet, la position des articulations du poignet exerce une influence sur la tension des muscles des doigts, et, d'autre part, la mobilité du poignet est influencée par l'attitude de flexion ou d'extension des phalanges. Nous renvoyons ceux qui s'intéressent à cette question, au travail qu'a publié HUETER, dans les *Archives de Virchow* (vol. XLVI, p. 37). Ces faits sont importants à connaître parce qu'ils permettent d'expliquer maintes formes de troubles de la motilité qui se produisent dans les fins travaux manuels.

Si l'on ne prend en considération que les obstacles provenant des parties constituantes de l'articulation du poignet, on arrive facilement à se convaincre que l'arrêt des mouvements de flexion et d'extension de la main est dû à la rencontre des bords antérieurs et postérieurs des petites surfaces articulaires du carpe avec les bords correspondants du radius.

Lorsque la flexion dans l'un ou l'autre sens est portée au-delà de cette limite imposée par la rencontre des os, il se produit une tension des ligaments dorsaux, dans le cas d'une flexion palmaire, et des ligaments palmaires, s'il s'agit d'une flexion dorsale. Tout l'appareil ligamenteux palmaire, qui, dans la flexion dorsale exagérée, unit d'autant plus intimement les différents os du carpe entre eux et avec l'avant-bras, fait de toutes ces pièces osseuses une véritable tête articulaire unique, laquelle est reçue dans la concavité du radius; aussi