

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

les lésions qui se produisent dans les chutes sur la main, par exagération de la flexion dorsale, intéressent-elles presque toujours l'union du carpe avec le radius. Très rarement, c'est le ligament antérieur profond du carpe qui se déchire, et il se produit alors une luxation; dans la plupart des cas ce ligament arrache la portion du radius sur laquelle il s'insère; cette dernière lésion est connue sous le nom de fracture de COLLIS (voir § 93). Nous avons aussi déjà fait remarquer que le ligament dorsal prévient les luxations par flexion palmaire, mais qu'il peut parfois déterminer également un arrachement du radius.

*Un fait important, au point de vue de l'extension des processus inflammatoires de la main, c'est que les différentes petites articulations du poignet communiquent entre elles.* Il est vrai que l'articulation radio-carpienne formée par les os de l'avant-bras et la première rangée du carpe, est complètement séparée de l'articulation médio-carpienne. Par contre, cette dernière communique avec l'articulation carpo-métacarpienne par une fente située entre le trapézoïde et le grand os.

L'os pisiforme et le pyramidal forment entre eux une petite articulation qui parfois communique avec l'articulation radio-carpienne.

Dans l'attitude moyenne de la main les ligaments de l'articulation radio-carpienne sont tous dans un état de relâchement assez prononcé; aussi peut-il arriver que des plis de la paroi postérieure mince de la synoviale fassent saillie entre ces ligaments, du côté dorsal. La capsule articulaire peut alors communiquer au dehors avec les gaines tendineuses des extenseurs des doigts et former entre ces tendons des poches en forme de hernies. L'articulation, dans ces cas, peut être facilement envahie par une suppuration de la gaine tendineuse.

#### Luxations du poignet.

§ 102. — Dans notre description des fractures de l'extrémité inférieure du radius nous avons déjà dit que, très souvent, l'on observait en même temps des déplacements du cubitus. Cet os se porte, en effet, soit du côté dorsal, soit du côté cubital, ce qui est le cas le plus fréquent, soit enfin, mais plus rarement, du côté palmaire.

Par contre, les luxations isolées du cubitus en avant ou en arrière, sans fracture du radius, sont extrêmement rares. Je ne me rappelle pas avoir observé un seul cas dont les symptômes aient pu justifier un pareil diagnostic. On distingue une luxation dorsale et une luxation palmaire; la première serait due à une pronation exagérée, comme dans l'action de soulever un enfant par la main, de tordre le linge, etc., tandis que la luxation palmaire reconnaîtrait pour cause un mouvement extrême de supination. Dans la luxation dorsale, l'avant-bras se placerait dans une position intermédiaire entre la pronation et la supination; les mouvements dans le sens de la supination seraient ici particulièrement gênés. Le diamètre transversal du poignet est diminué; l'apophyse styloïde du cubitus fait saillie à la face dorsale du membre. La réduction de la luxation peut être obtenue par une pression directe combinée avec la supination forcée.

GOYRAND a prétendu, il n'y a pas longtemps, que cette lésion était extrêmement fréquente chez les enfants que l'on avait soulevés par la main. Elle serait due à un mouvement forcé de pronation et pourrait être réduite par supination, la main ayant été préalablement portée en abduction. La lésion guérirait alors aussitôt, sans laisser aucune trace. GOYRAND explique le fait que cette luxation donne lieu à si peu de symptômes, en supposant que le cubitus se déplace simplement par rapport au fibro-cartilage triangulaire, ou plutôt que ce dernier se déplace seul après s'être déchiré<sup>1</sup>. Cette lésion n'est admise que par un très petit nombre de chirurgiens. Un fait cependant bien avéré, c'est que parfois la douleur qu'éprouve l'enfant au moment où on le soulève par la main, disparaît subitement à la suite de quelques tractions sur cette dernière, combinées avec la supination. Rien de plus n'a été démontré jusqu'ici (voir d'ailleurs les luxations du coude, § 59).

MALGAIGNE mentionne également un petit nombre de luxations du cubitus du côté palmaire, lesquelles seraient dues en partie à la supination forcée, en partie à des violences directes agissant d'arrière en avant sur la partie inférieure du radius, tandis que l'avant-bras s'appuie du côté cubital. Cette luxation accompagne assez souvent la fracture du radius. En l'absence de cette dernière lésion, le diagnostic se base sur les signes suivants: l'apophyse styloïde fait défaut à sa place normale, mais forme une saillie au poignet, du côté des fléchisseurs. En conséquence, on constate une diminution du diamètre transversal du membre et un agrandissement du diamètre antéro-postérieur. Dans une partie des cas, l'avant-bras était dans une attitude intermédiaire entre la pronation et la supination; dans d'autres, il était en supination et ne pouvait être ramené en pronation.

La réduction s'opère par extension et adduction suivie de la pronation, ainsi que par une pression directe sur le cubitus luxé. Assez souvent, il est nécessaire de fixer le membre dans un appareil, afin d'empêcher le déplacement de se reproduire.

§ 103. — Nous avons déjà plusieurs fois fait ressortir les causes de la rareté extrême des luxations de la main. Souvent admise autrefois, alors que l'on ne connaissait pas la fracture du radius, cette lésion a été complètement rejetée par DUPUYTREN. C'était évidemment aller trop loin, car il peut arriver parfois qu'une cause traumatique violente agissant sur le dos de la main, détermine une luxation qui, le plus souvent, se produit alors du côté palmaire. On la reconnaît à la saillie du carpe dans la paume de la main, tandis que le radius, avec son apophyse styloïde, ainsi que le cubitus, forment une proéminence du côté dorsal du

1. Le radius, en tournant autour du cubitus, entraîne avec lui le ligament triangulaire, et si la pronation est trop forte, on conçoit que le ligament vienne se placer en avant de la tête du cubitus sans se déchirer; il forme ainsi, au devant de l'os, une véritable bride qui s'oppose au mouvement de supination (TILLAUX, *Anatomie chirurg.* 1<sup>re</sup> édit., p. 604).  
(Note du trad.)