

avec la plus grande facilité sous le couteau. Elle n'est tapissée à sa face profonde que par une mince couche de tissu adipeux, dans laquelle cheminent des branches nerveuses du musculo-cutané, du cutané interne, du radial et du cubital, et des vaisseaux lymphatiques.

L'aponévrose d'enveloppe présente une importance toute spéciale. Elle est extrêmement forte sur toute son étendue, et renforcée encore un peu au-dessus des surfaces articulaires radio-cubitales. En ce point, elle prend le nom spécial de ligament annulaire postérieur du carpe; toutefois, il faut savoir que ce ligament n'est pas indépendant, mais qu'on le taille artificiellement aux dépens de l'aponévrose. Celle-ci se continue en haut avec l'aponévrose anti-brachiale et en bas avec celle qui recouvre le métacarpe. Sur les côtés, elle se fixe en dehors à la face externe du radius; en dedans, au pisiforme et au pyramidal.

Cette aponévrose joue un rôle important: elle bride les tendons des extenseurs, les tient appliqués sur les os et s'oppose à leur luxation, qui, sans cette disposition, serait fréquente. C'est ce même but que cherchent à remplir la plupart des ouvriers qui ne travaillent pas sans avoir le poignet entouré d'une corde.

L'aponévrose immobilise d'autant mieux les tendons à leur place que de sa face profonde naissent des cloisons fibreuses très résistantes, qui s'attachent aux bords des gouttières creusées sur l'extrémité inférieure du radius et du cubitus. Il en résulte la formation de véritables canaux ostéo-fibreux que traversent les tendons, canaux si résistants qu'on n'en a jamais, je pense, constaté la déchirure sous l'influence de la contraction musculaire.

Sur la face postérieure proprement dite, existent trois canaux ostéo-fibreux: le premier, en procédant de dehors en dedans, et le plus large de tous, est destiné à l'extenseur propre de l'index et à l'extenseur commun des doigts; le deuxième, exclusivement fibreux, creusé dans l'épaisseur même de l'aponévrose, est traversé par le tendon extenseur propre du petit doigt; le troisième, occupant le cubitus, loge le tendon du cubital postérieur.

Chaque coulisse ostéo-fibreuse est tapissée par une membrane synoviale longue de 4 à 5 centimètres. Bien que susceptibles de s'enflammer, de se remplir de liquide comme toutes les autres séreuses, celles qui tapissent les coulisses que je viens de signaler sont très exceptionnellement atteintes, tandis que d'autres, celles du pouce en particulier, sont fréquemment affectées.

Il résulte du passage des tendons extenseurs dans les canaux ostéo-fibreux tapissés par des membranes séreuses une grande liberté de jeu, mais, lorsque le tendon est coupé, la conséquence inévitable est la rétraction de son bout central vers l'avant-bras. Lorsque la division a eu lieu au voisinage du poignet, c'est-à-dire dans un point où le tendon est libre de toute adhérence, on est certain de ne pas retrouver le bout central dans la plaie, surtout s'il s'agit des tendons de l'index et du petit doigt: ces derniers possèdent, en effet, des coulisses spéciales tout à fait indépendantes de celles des autres tendons extenseurs. Pour le retrouver, il faudrait prolonger l'incision très haut, avec de sérieux inconvénients et sans certitude de succès. Dans un cas de ce genre, sur un homme qui avait eu, un mois auparavant, les tendons extenseurs du petit doigt et de l'annulaire de la main droite arrachés par un crochet d'emballleur, ne trouvant pas les bouts centraux, je pris le parti d'anastomoser les deux bouts