

Les *tendons* destinés au pouce sont disposés de la manière suivante : le long abducteur et le court extenseur font partie de la couche antibrachiale postérieure et profonde et s'insèrent à l'avant-bras dans l'espace interosseux. Ils se dirigent en bas, en avant et en dehors, passent en arrière de l'apophyse styloïde du radius, croisent les deux muscles radiaux qu'ils recouvrent, et traversent une coulisse fibreuse tantôt commune, tantôt spéciale à chacun, coulisse essentiellement formée par un dédoublement du ligament annulaire postérieur du carpe. Ils viennent ensuite s'insérer en bas : le long abducteur, à l'extrémité supérieure du premier métacarpien ; le court extenseur, à l'extrémité supérieure de la première phalange du pouce. Le long extenseur fait partie de la même couche musculaire antibrachiale ; il descend verticalement jusqu'à la coulisse que lui offre le ligament annulaire, et se trouve d'abord situé en dedans des radiaux ; il se dirige alors en bas et en dehors, croise ces derniers muscles, qu'il recouvre, et se fixe à l'extrémité supérieure de la deuxième phalange du pouce.

Les coulisses destinées à loger les tendons du pouce, et, en particulier, celles du long abducteur et du court extenseur, celles des radiaux, sont fréquemment le siège d'une inflammation désignée sous le nom de *ténosite crépitante* ou d'*aï*. Elle se traduit par un gonflement siégeant sur le trajet de ces tendons et un bruit spécial lorsque le malade remue le pouce. Il existe une douleur assez vive qui s'oppose à tout mouvement. Cette affection résulte de la fatigue et cède après quelques jours de repos ; un vésicatoire volant hâte la guérison.

Entre le tendon du long extenseur en dedans et les tendons réunis du long abducteur et du court extenseur du pouce en dehors, existe une dépression, plus ou moins prononcée suivant les sujets, à laquelle on a donné le nom de *tabatière anatomique* ; le fond de cette dépression correspond au scaphoïde.

L'*artère radiale*, après avoir abandonné la face antérieure de l'avant-bras, contourne l'apophyse styloïde du radius en passant au-dessous d'elle, s'engage au-dessous des tendons qui limitent en dehors la tabatière anatomique, traverse obliquement ce creux de haut en bas et d'avant en arrière, passe sous le tendon du long extenseur, et plonge ensuite dans le premier espace intermétacarpien pour aller dans la paume de la main former, en s'anastomosant avec la branche profonde de la cubitale, l'arcade palmaire profonde (fig. 189).

Il est beaucoup plus difficile de découvrir la radiale en ce point que dans la région précédente. Les auteurs disent : on divisera la peau et l'aponévrose et l'on trouvera l'artère : c'est très simple, mais inexact. L'artère n'est pas ainsi mise à nu au fond de la dépression qu'elle traverse ; elle est recouverte par un second plan aponévrotique, qui la tient profondément appliquée sur le carpe. Pour la découvrir, il faut pratiquer au milieu de la dépression une incision verticale, parallèle à la direction des tendons, et diviser successivement la peau, la couche sous-cutanée et l'aponévrose superficielle. On écarte les tendons, qu'on relâche en portant le pouce dans l'extension, et il reste encore à diviser le feuillet aponévrotique profond qui recouvre l'artère. La radiale fournit en ce point la dorsale du pouce, la dorsale du carpe qui contribue à former le bracelet vasculaire dont j'ai parlé plus haut, la dorsale du métacarpe et le tronc commun des collatérales du pouce et de l'index.

La branche cutanée du *nerf radial* fait essentiellement partie de la région externe du poignet. Ce nerf abandonne la région antérieure à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'articulation, passe en arrière du long supinateur, croise