

J'ai déjà dit, à propos des aponévroses du cou, que les phénomènes pathologiques doivent tenir le premier rang dans l'interprétation de certaines dispositions anatomiques obscures et d'une démonstration rigoureuse difficile. C'est ici le lieu de répéter ce précepte et d'en faire de nouveau l'application.

La pathologie démontre, en effet, que les inflammations profondes du pouce et du petit doigt sont plus graves que celles des autres doigts. Il en est de même des amputations. Une amputation du petit doigt peut être suivie d'un phlegmon profond de l'avant-bras qui mette les jours du malade en danger.

Les deux séreuses communiquent-elles ensemble au niveau du poignet, dans le point où elles sont contiguës? Normalement, non. La pathologie nous indique, cependant, que cette communication peut exister. Il n'est pas d'année où chacun de nous n'observe le fait suivant : un panaris profond envahit le pouce, je suppose ; l'inflammation remonte, gagne la partie inférieure de l'avant-bras et descend ensuite vers le petit doigt, les trois autres restant absolument intacts. Dans ce cas, ou bien une communication normale existait, ou bien il s'en est fait une pathologique, ce que je serais plus porté à croire. D'ailleurs, pour le praticien, le résultat est le même.

Les gaines synoviales du poignet sont très minces, et l'on conçoit que le pus les perfore aisément. Parfois, en effet, on voit l'inflammation rester limitée au poignet pendant un certain temps, puis envahir rapidement l'avant-bras, soit que le cul-de-sac synovial ait été défoncé, soit que le processus inflammatoire ait gagné de proche en proche.

L'existence de la gaine cubitale, telle que j'en ai décrite, est encore démontrée par une affection qui n'est pas très rare, l'hydropisie décrite sous le nom de *kystes du poignet*. La séreuse étant connue, on devine les symptômes de ces kystes : tumeur au poignet, tumeur dans la paume de la main. En pressant sur l'une d'elles on fait refluer le liquide dans l'autre, preuve qu'elles communiquent ; la tumeur entière affecte la forme d'un bissac, ou d'un sablier dont la partie étranglée correspond au ligament annulaire. Ce n'est, on le voit, que l'exagération de la forme normale de la gaine cubitale.

Rarement le liquide reflue jusqu'au petit doigt, et Malgaigne, d'après ce fait, met en doute la communication de la gaine cubitale avec ce doigt. Je rappellerai que la coulisse ostéo-fibreuse dans laquelle glisse le tendon est bien suffisante pour brider le liquide et s'opposer à toute saillie. Mais l'anatomie démontre d'une manière évidente la continuité des deux séreuses, et j'ai vu, plusieurs fois, des malades chez lesquels les bosselures existaient sur le trajet du tendon fléchisseur du petit doigt en même temps qu'une hydropisie de la bourse cubitale.

Ces kystes sont remarquables par la présence dans leur intérieur de concrétions fibrineuses prises autrefois pour des hydatides : d'où le nom impropre de kystes hydatiques du poignet. Elles ressemblent à des grains d'orge ou de riz à

AC, artère cubitale.

ADP, muscle adducteur du pouce.

APD, muscle adducteur du petit doigt.

APS, arcade palmaire superficielle.

AR, artère radiale.

CAP, muscle court abducteur du pouce.

CF, muscle court fléchisseur du pouce.

LABP, tendon du long abducteur du pouce.

LAC, ligament annulaire antérieur du carpe divisé sur la ligne médiane.

LRP, artère radio-palmaire.

ML, muscle lombriçal.

NC, nerf cubital.

NM, nerf médian.

PC, muscle palmaire cutané.

TF, tendons fléchisseurs des doigts.

TGP, tendon du long fléchisseur du pouce.