

CONTRIBUTION A L'ANATOMIE CHIRURGICALE DES ARTICULATIONS CARPIENNES

Barnabás Somogyi

(Reçu le 14 Janvier 1953)

I. Rapports anatomiques et cliniques

L'anatomie descriptive subdivise les articulations carpiennes comme suit : 1° l'articulation que forme le radius et le ligament triangulaire avec les trois os de la première rangée du carpe (scaphoïde, semi-lunaire et pyramidal), l'articulation radio-carpienne ; 2° l'articulation des trois os susnommés avec les os de la seconde rangée (trapèze, trapézoïde, grand os, os crochu), l'articulation médio-carpienne ; 3° la seconde rangée des os du carpe forme avec la base des métacarpiens l'articulation carpo-métacarpienne, enfin, 4° l'articulation du pyramidal avec le pisiforme. Quelques auteurs donnent une dénomination spéciale aux contacts articulaires des os carpiens entre eux.

Cette classification apparemment rigide est sortie de ces cadres étroits, lorsque, avec le progrès de nos connaissances morphologiques, il était devenu nécessaire de donner une description anatomique des mouvements compliqués du carpe.

La conception fonctionnelle intègrait en une seule unité et tient compte des rapports mutuels des articulations carpiennes ou, au moins, de la plupart de celles-ci ; l'apparition de certains problèmes sur le plan pathologique et opératoire attire plus nettement encore l'attention vers l'interrelation des articulations carpiennes.

La question la plus essentielle de l'anatomie chirurgicale des articulations carpiennes est celle de la communication mutuelle des cavités articulaires, c'est elle qui constitue l'objectif de nos recherches. Même aujourd'hui, il est impossible de négliger dans ce domaine les arthrites purulentes, bien que ces tableaux morbides soient presque complètement disparus du fait des sulfamides et des antibiotiques. Il n'est certes pas indifférent, dans le labyrinthe des articulations carpiennes, de savoir où sont situées les portes de sortie pour les inflammations banales, de connaître les endroits où conduisent ces portes ou si elles se heurteront à des obstacles anatomiques qu'elles sont capables de percer plus tard. C'est un aspect qui influence également le pronostic des arthrites tuberculeuses.

Il convient aussi de faire mention des dangers d'infection qui peuvent sur-

venir au cours des interventions chirurgicales ; c'est ainsi que la thérapeutique sanglante des fractures et des entorses (p. ex. la luxation péri-semi-lunaire), les opérations courantes des kystes synoviaux en communication avec la synoviale du poignet sont susceptibles d'entraîner des suites graves en cas de faute d'asepsie.

Le progrès des opérations sur le carpe (l'enclouage des fractures scaphoïdiennes, l'ablation d'os nécrosés, les arthrodèses, les résections et extirpations du carpe avec conservation au possible de l'utilisabilité de la main) doit également orienter notre attention vers l'approfondissement des recherches anatomiques.

Nos investigations prouvent qu'il suffit l'atteinte d'une portion du grand bloc carpien pour déclencher d'ici une diffusion directe de l'infection dans les articulations voisines. En ce qui concerne les arthrites non spécifiques, il convient de même, tout en respectant la priorité du mode de propagation hémotogène, de mettre en relief le rôle de la communication des synoviales articulaires dans la diffusion immédiate des inflammations, de même que celui de la synovie elle-même qui circule à travers les orifices interarticulaires.

II. Procédés d'examen

Nous avons effectué des recherches radiologiques complétées par la dissection. Nous remplîmes d'une suspension huileuse (peroxyde de plomb) d'un métal lourd les articulations carpiennes de cadavres non conservés. Une certaine expérience était nécessaire en vue de déterminer la quantité optimale de substance opaque requise à cette fin. Nous injectâmes la substance dans l'articulation radio-carpienne au moyen d'une seringue Record à l'endroit typique de la ponction articulaire, sur la face dorsale, en bas de l'extrémité inférieure du radius (Fig. 1.). La quantité du liquide de remplissage pour les cavités articulaires varie suivant l'existence des communications, elle est de 3 à 6 cm³.

L'incidence des radiographies que nous faisons exécuter de la région carpienne était antéro-postérieure et latéro-latérale.

A plusieurs reprises, nous avons aspiré au bout de 10—15 minutes la substance de contraste de l'articulation injectée, puis nous fîmes prendre un nouveau cliché. La substance de contraste ramenée par la seringue était plus diluée que celle qui avait été injectée. En augmentant l'aspiration, nous réussîmes à aspirer une partie considérable du liquide de presque toutes les cavités articulaires. Il reste, toutefois, dans les culs-de-sac et replis synoviaux et les fines interlignes articulaires, un dépôt de grains de substance opaque suffisant pour la prise d'un cliché nettement lisible. Nous donnions à ce procédé le nom de *méthode de radiographie des culs-de-sac* (Fig. 3.).

L'exécution des radiographies étant achevée, nous procédâmes à la dissection et la mise à nu des articulations en vue de compléter l'orientation et le contrôle topographiques. Les auteurs dont nous avons connaissance jusqu'à

présent, imprégnaient d'abord les jointures du poignet de diverses masses épaississantes, ils en firent ensuite la dissection ou bien la macération partielle. Nous trouvâmes l'huile ou la suspension huileuse plus adaptées à ce but que les substances susnommées, attendu qu'elles peuvent se frayer une voie dans des articulations résistantes et traverser des lacunes minuscules sans qu'on doive appliquer une forte pression pour le seringage. La radiographie sous deux incidences rehausse l'exactitude des recherches. Nous avons examiné 21 poignets d'hommes et de femmes adultes et exécuté quelques injections de foetus aux fins de confrontation.

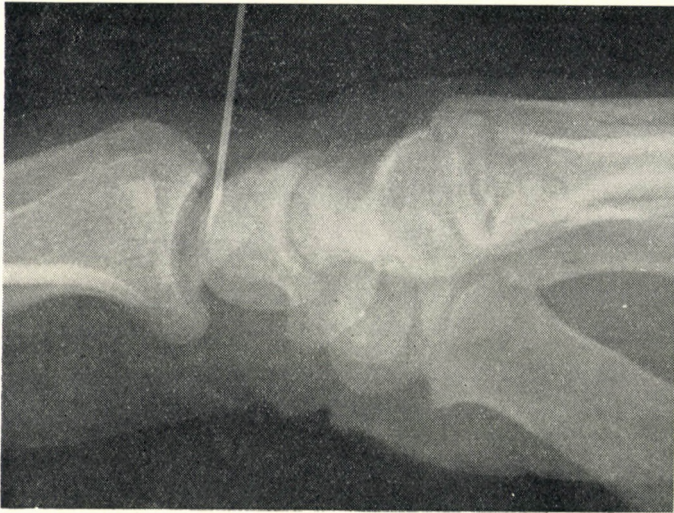


Fig. 1. L'injection de la substance de contraste dans les articulations du carpe est pratiquée à l'emplacement typique où l'on accomplit généralement la ponction de l'articulation radio-carpienne. La pointe de l'aiguille se trouve dans l'articulation.

III. Données anatomo-chirurgicales et résultats d'examen

Pour l'ordre de récapitulation des données d'anatomie chirurgicale et de la communication des résultats de recherches, nous nous en tiendrons à la classification anatomique des articulations.

1. Articulation radio-carpienne

Concernant les dysontogénies des os composant l'articulation, c'est le scaphoïde qui se trouve au premier rang. La dysmorphose embryologique la plus fréquente est le *scaphoïde biparti*, puis par ordre décroissant, l'os central et la fusion de deux ou de plusieurs os du carpe. Cette dernière difformité est bien illustrée par le cas observé par *Butterworth et Daner* (1946) et dans lequel, à la fusion congénitale du grand os et de l'os crochu, est venu s'ajouter une ossi-

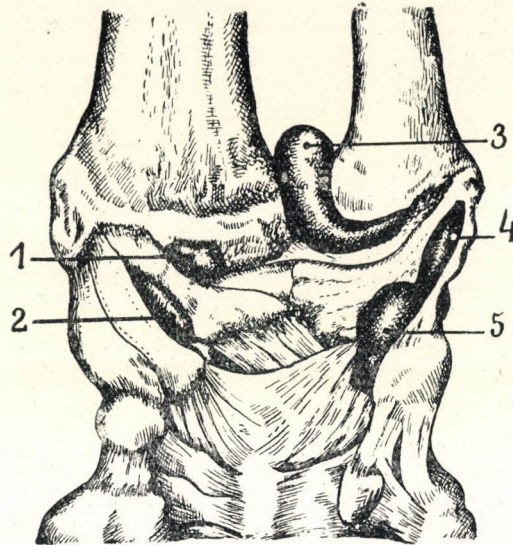


Fig. 2. Les culs-de-sac de la synoviale des articulations carpiennes faisant hernie vers la face palmaire (D'après Poirier). 1. Cul-de-sac préradial. 2. Cul-de sac présaphoïdien. 3. Le recessus sacciforme de l'articulation radio-cubitale inférieure. 4. Cul-de-sac préstyloïdien. 5 Le cul-de-sac de la synoviale de l'articulation pisi-pyramidale.

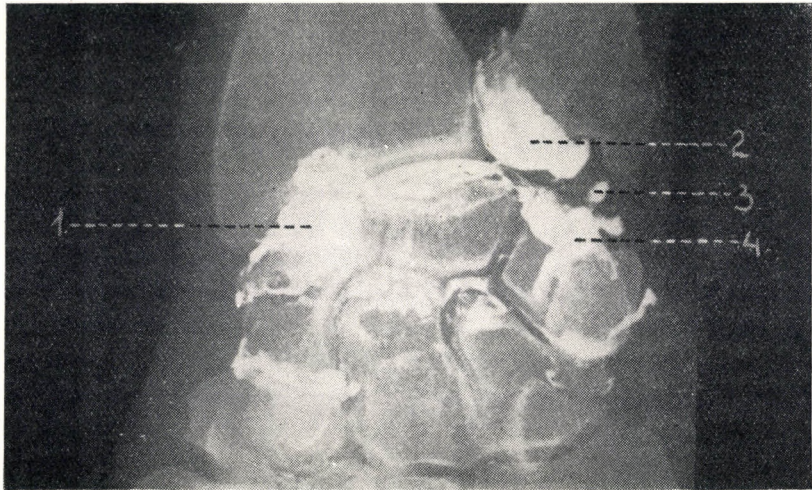


Fig. 3. Radiographie des culs-de-sac synoviaux reproduite sur la figure 2. (Cliché exécuté au moyen de la «méthode de radiographie des culs-de-sac», à savoir après aspiration de la substance radio-opaque à partir des interlignes articulaires.) 1. Cul-de-sac présaphoïdien. 2. Recessus sacciforme. 3. Cul-de-sac préstyloïdien. 4. Le cul-de-sac synovial du pisiforme.

fication tardive étendue. *Gruber* (1865) trouve, dans un matériel de 3007 scaphoïdes humains, 4 bipartis et 1 triparti ; *Pfizzner* (1900) trouva 9 cas de bipartition complète sur 1456 carpes. On souligne de longue date l'importance de différencier radiologiquement le scaphoïde biparti avec les fractures du scaphoïde.

La couche fibreuse externe de la capsule articulaire, renforcée de ligaments, livre, en quelques endroits, passage à la couche interne, membraneuse, synoviale, de sorte que cette dernière forme des culs-de-sac diversement configurés. Les prolongements synoviaux situés sur le dos de la main peuvent constituer

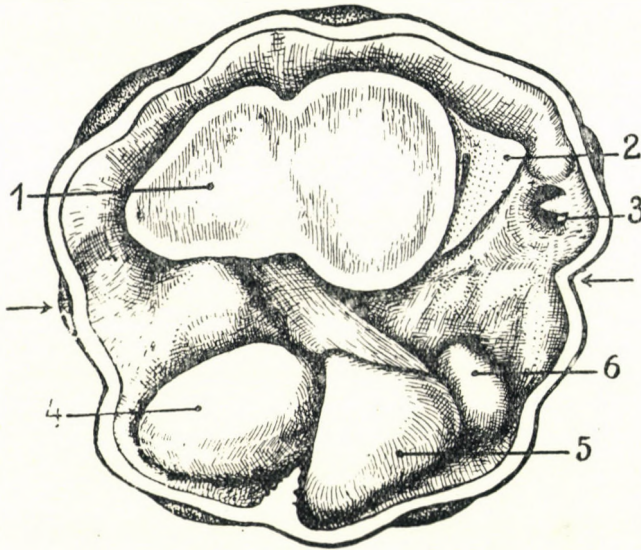


Fig. 4. L'articulation radio-carpienne ouverte, voie d'abord dorsale, dépliée dans le sens des flèches. (D'après *Paturet*.) 1. Surface articulaire du radius. 2. Ligament triangulaire. 3. Abouchement du cul-de-sac préstyloïdien. 4. Scaphoïde. 5. Semi-lunaire. 6. Pyramidal.

le point de départ de formations appelées en clinique *kystes synoviaux ou ganglions du carpe* et que l'une des hypothèses qualifie de *kystes arthro-synoviaux agrandis*. Nous faisons remarquer ici que les hernies synoviales du dos de la main peuvent avoir une communication directe avec les gaines tendineuses dorsales. A l'état physiologique, la cavité des deux séreuses ne s'abouche pas l'une dans l'autre, mais, en présence d'inflammations, les deux synoviales superposées deviennent assurément perméables et peuvent même se perforer.

Les trois culs-de-sac les plus constants de la face palmaire sont les suivants (d'après la nomenclature de *Bâle* et décrits sur la base de leurs rapports topographiques avec les formations osseuses correspondantes) :

a) *La bourse préstyloïdienne* (*Fig. 2 et 3.*) — Ce cul-de-sac synovial est situé devant l'apophyse styloïde du cubitus, au dessous du ligament latéral interne. Nos recherches radiologiques le font paraître comme permanent, mais

sa longueur varie entre 5 et 10 millimètres. L'abouchement de cette bourse est bien apparente lorsqu'on ouvre l'articulation (Fig. 4.).

b) *La bourse présaphoïdienne.* — C'est un cul-de-sac dont la taille et la configuration varient (Fig. 2.). Il s'imprègne de substance opaque à peu près lors de tous les examens, mais son ombre fusionne en général avec celle de la substance qui couvre partiellement le scaphoïde, elle est malaisément différenciable de cette dernière, même sur le cliché en incidence latérale. L'ensemble de ces deux ombres forme la plus grosse portion de cavité articulaire de la moitié externe du carpe, il couvre fréquemment la partie supérieure du scaphoïde.

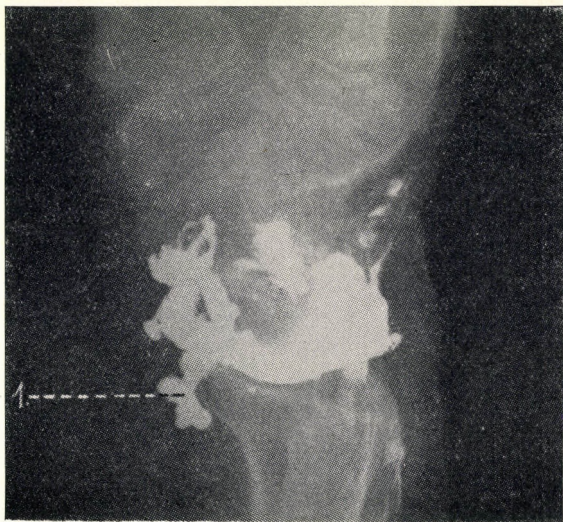


Fig. 5. Radiographie en incidence latérale : cul-de-sac préradial configuré en grappe.

c) *La bourse préradiale.* — Cette bourse, nous ne la trouvons mentionnée que sans dénomination particulière. Sur la face palmaire, nous l'apercevons entre le ligament de renforcement qui se porte du radius au cubitus d'une part, et le bord inférieur du radius de l'autre, souvent appliquée étroitement contre l'os (Fig. 2.). Elle n'est pas constante, sa forme est variable, sa grandeur varie entre celle d'un pois et d'un haricot. La figure 5 reproduit en incidence latérale une bourse préradiale configurée en grappe.

Dans un certain nombre de cas, l'articulation radiocarpienne possède une communication avec l'*articulation radiocubitale inférieure* à travers un pertuis mince de la portion centrale amenuisée du ligament triangulaire. Suivant Hyrtl (2), (1889), ceci s'observait surtout dans l'âge avancé. Selon Lenhossék (4), (1922), cette communication, lorsque'elle existe chez les jeunes, serait assurée par une autre fente qui est située au niveau du *pourtour externe* du ligament triangulaire. L'arthrographie indique que la substance opaque n'injecte pas

seulement les interlignes des articulations radio-cubitale et triangulo-cubitale, mais encore le recessus sacciforme, prolongement synovial envoyé en haut entre les deux os de l'avant-bras. Il peut arriver que l'articulation radio-cubitale inférieure donne, elle aussi, parfois issue à des *ganglions* (Kystes) (Fig. 7.) ; ceux-ci apparaissent dans la portion cubitale de la face dorsale du carpe. Il est probable que les formations baptisées par *Verebely* (9), (1934), «ganglion carpaie dorsale ulnaire» sont, en partie, constituées par des kystes d'une telle provenance.

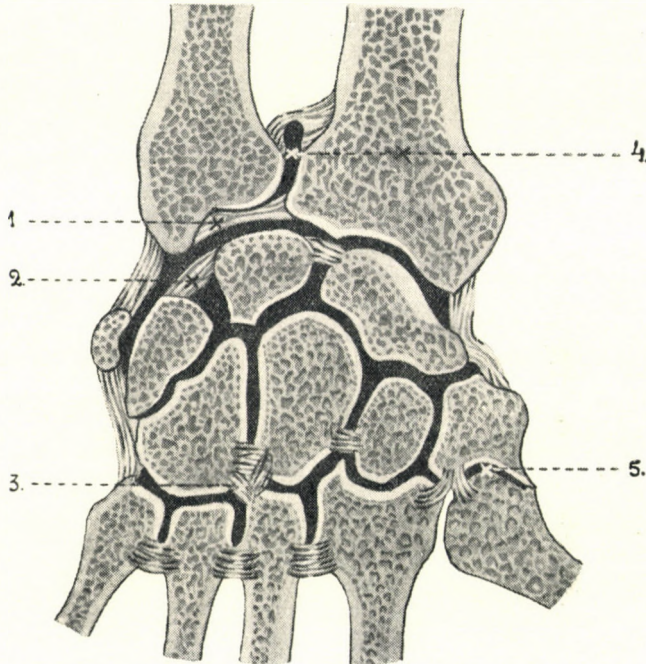


Fig. 6. Coupe frontale des articulations du carpe. (D'après Paturet.) 1. Ligament triangulaire dont la fente permet la communication entre l'articulation radio-cubitale inférieure et l'articulation radio-carpienne.(4). 2. Ligament interosseux (ligament lunato-pyramidal), en l'absence duquel la substance opaque parviendra dans l'articulation médio-carpienne. 3. Ligament interosseux réunissant le 3^e métacarpien avec les os du carpe et qui est le plus souvent incomplet, de sorte que toutes les articulations carpo-métacarpiennes, sauf celle du pouce (5), deviennent, de ce fait, accessibles à l'injection. On distingue bien la communication large entre l'articulation radio-carpienne et celle du pyramidal avec le pisiforme.

Nous faisons remarquer que, en dehors des kystes d'origine articulaire, il existe un nombre notable de kystes qui proviennent des gaines tendineuses (*kystes tendo-synoviaux*).

2. L'articulation médio-carpienne

L'articulation entre les deux rangées des os du carpe possède une cavité articulaire isolée lorsqu'elle est isolée des articulations avoisinantes par les ligaments interosseux ; on note tout de même fréquemment qu'elle communique

avec les articulations radio-carpienne et carpo-métacarpienne des quatre derniers doigts. La synoviale envoie entre les os du carpe deux prolongements ascendants et trois prolongements descendants, mais on note encore des diverticules mineurs, principalement sur la face dorsale. La capsule articulaire est excessivement tendue. *Testut et Jacob* (8) tiennent la communication avec l'articulation radio-carpienne pour une grande rareté, ils affirment, par contre, que celle avec l'articulation carpo-métacarpienne est constante et s'étend par des espaces larges aux interstices des quatre os du carpe. Cette dernière constatation reçut une modification

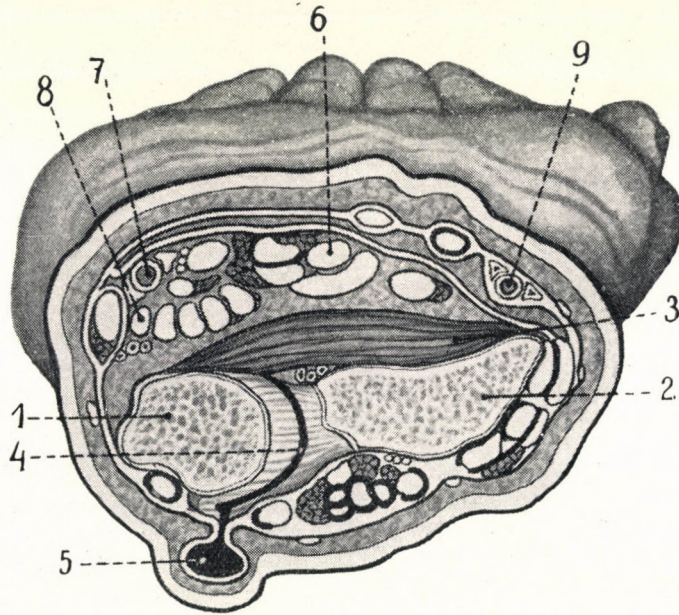


Fig. 7. Coupe transversale effectuée au ras de l'articulation inférieure des os de l'avant-bras. (Modifiée, d'après Testut-Jacob.) 1. Radius. 2. Cubitus. 3. Muscle carré pronateur. 4. Articulation radio-cubitale inférieure. 5. Kyste synovial partant de cette dernière. 6. Nerf médian. 7. Artère cubitale. 8. Nerf cubital. 9. Artère radiale.

par *Lenhossék* (4) ; cet auteur soutient que la communication avec l'articulation carpo-métacarpienne des quatre derniers doigts ne serait constante qu'entre le trapèze et le trapézoïde, opinion qui se trouve confirmée par *Gellért* (3). Nos explorations arthrographiques personnelles corroborent pleinement les données de ces auteurs hongrois.

Au cas où l'articulation médio-carpienne avait présenté une ombre de contraste, nous ne nous bornâmes pas à appuyer sur la radiographie seule, nos conclusions relatives aux voies de communication, mais nous adoptâmes encore le procédé ci-après :

Lors de la dissection, nous mîmes d'abord à découvert l'interligne articulaire médio-carpien et détergeâmes la substance de contraste trouvée à ce niveau.

En pressant alors sur le sac articulaire radio-carpien rempli d'huile opaque, nous observons l'apparition du liquide. Nous constatâmes que c'est entre le semi-lunaire et le pyramidal que le liquide s'écoule dans l'articulation ouverte (cf. fig. 6., à l'endroit du ligament marqué du chiffre 2.) Le liquide n'a pas trouvé de voie d'écoulement entre le scaphoïde et le semi-lunaire, attendu que l'union de ces deux os est assurée par un fort ligament interosseux (ligament lunato-scaphoïdien). Le ligament lunato-pyramidal, en revanche, est souvent, soit incomplet, soit à peine développé, fait grâce auquel la connexion des cavités des deux rangées articulaires se trouve garantie. Nos observations dans les cas sus-indiqués concordent avec les coupes transversales reproduites dans l'atlas de Vorobiev (10), (1948).

Nous voudrions souligner que, lorsqu'il y a communication, l'interligne articulaire, de même que le cul-de-sac synovial qui s'y trouve, s'imprègnent de substance de contraste par voie rétrograde, délimitée en haut par un ligament. Ce fait est difficile à distinguer sur la radiographie, toutefois la méthode de la combinaison des deux procédés (injection et dissection) tranchera cette question.

Lenhossék fait également mention d'une biloculation de la cavité articulaire.

3. L'articulation carpo-métacarpienne

Ainsi qu'il est indiqué plus haut, l'articulation carpo-métacarpienne du pouce est indépendante et dépourvue de communication avec les autres articulations. La cavité articulaire appartenant à l'articulation des quatre derniers doigts, par contre, présente des communications, non seulement réciproques, mais aussi avec l'articulation médio-carpienne. La couche synoviale de la capsule articulaire envoie des prolongements entre les extrémités proximales des métacarpiens. Il est arrivé rarement, au cours de nos recherches, que la substance opaque est parvenue dans les articulations intermétacarpiennes. (Fig. 8.). Les 4^e et 5^e métacarpiens possèdent quelque fois une cavité synoviale commune.

4. L'articulation pisi-pyramidale

Attendu que le pisiforme n'entre dans la formation d'aucune des articulations des deux rangées d'os qui composent le carpe, ni de la première, ni de la seconde, les anatomistes d'autrefois l'avaient considéré à part. *Albinus* (1753) en avait écrit : «ad carpum re vera non pertinet» (il n'appartient pas, à proprement parler, au carpe). Plus tard, c'est la thèse que le pisiforme ne serait autre qu'un sésamoïde, intercalé dans le trajet du tendon du muscle cubital antérieur qui a prévalu. Néanmoins, les renseignements fournis par l'embryologie font sortir le pisiforme du rang inférieur des sésamoïdes et l'érigent à la hauteur des os du carpe avec lesquels il se développe de façon synchrone et identique en dépit de sa fonction d'insertion musculaire.

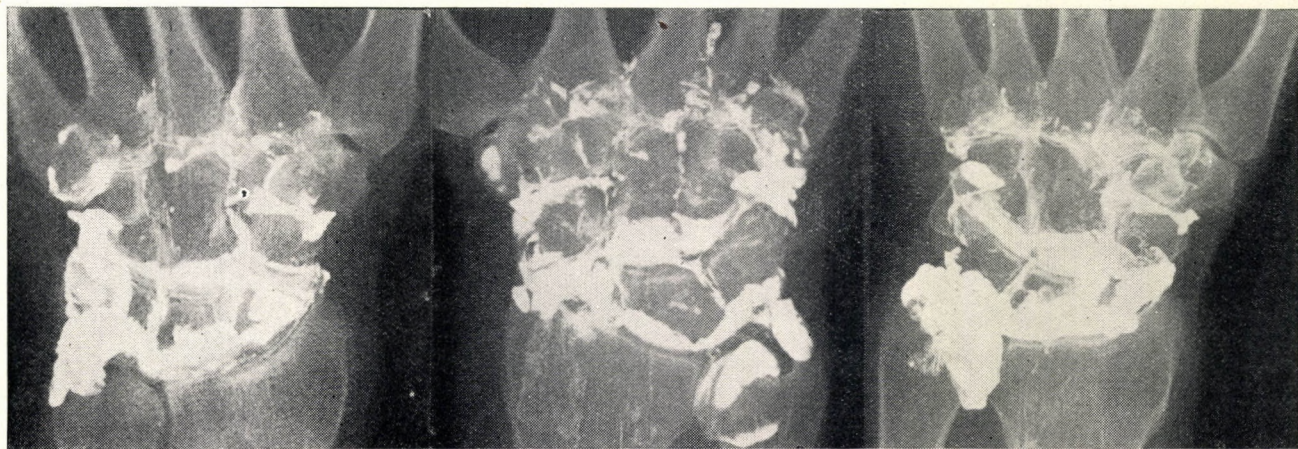


Fig. 8. a, b, c Articulations radio-carpienne, médio-carpienne et inter-métacarpienne imprégnées de substance opaque. Sur le cliché a), l'articulation pisi-pyramidale, sur b) et c) l'articulation radio-cubitale inférieure sont également injectées.

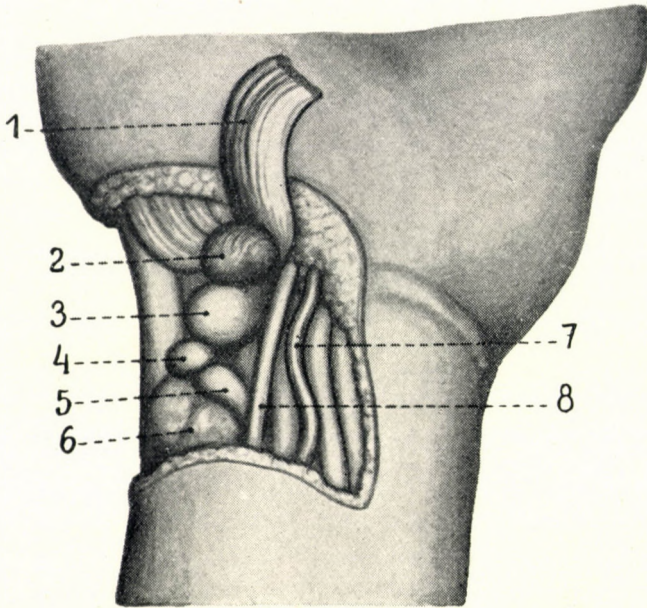


Fig. 9. Partie cubitale d'une préparation disséquée des articulations imprégnées du carpe. (D'après une préparation originale.) La capsule fibreuse de l'articulation est également enlevée. 1. Le muscle cubital antérieur sectionné, détaché du pisiforme et érigé vers le haut. 2. Pisiforme. 3. La synoviale de l'articulation du pisiforme faisant hernie vers le haut. 4. Cul-de-sac préstyloïdien. 5. Paroi synoviale de l'articulation radio-carpienne distendue par l'injection. 6. Apophyse styloïde du cubitus. 7. Artère cubitale. 8. Nerve cubital.

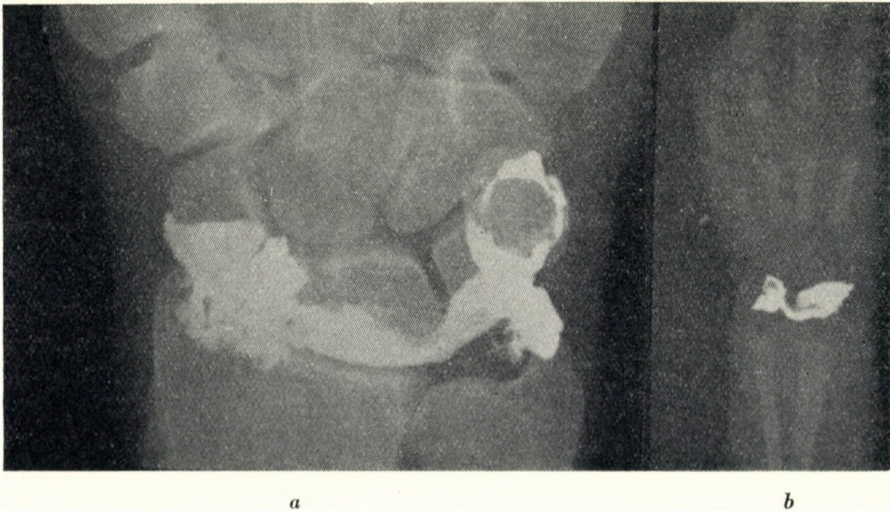


Fig. 10. a. b. La substance opaque visible dans la cavité de l'articulation du pyramidal avec le pisiforme, engainant en anneau le pisiforme. a) Main d'adulte. b) Main de fœtus. Les os du carpe sur celui-ci ne donnent pas encore d'ombre radiologique.

Le fait que les facettes articulaires minuscules sont dotées d'une capsule articulaire relativement grosse résulte, à coup sûr, des tiraillements précoces que l'osselet avait éprouvés. Les expériences faites avec notre matériel indiquent que la capsule présente son étendue la plus large dans la direction des contractions du muscle susdécrit, vers le haut. A cet endroit, la largeur de la capsule est à peu près identique avec le diamètre du pisiforme lui-même. (Fig. 2 et 9.). La cavité articulaire volumineuse s'injecte bien d'huile opaque et donne une ombre typique. La substance introduite, s'écoulant à travers une fente de l'articulation radio-carpienne, entoure le pisiforme qui siège sur la radiographie au centre d'un anneau radio-opaque (Fig. 10.). Lorsque l'on fait parvenir une quantité plus élevée de matière opaque dans les cavités articulaires, la pression accrue détachera (en l'absence de ligaments interosseux) le pisiforme du pyramidal, de sorte qu'une couche de substance opaque pénétrera aussi entre les facettes articulaires. C'est ce qui cause la disparition de l'ombre du pisiforme.

Chez un fœtus d'une longueur de 38 centimètres dont la radiographie ne montre pas encore d'ombre calcaire à la place des os du carpe, l'imprégnation de la cavité articulaire était visualisée par l'anneau radio-opaque à l'endroit typique, autour du pisiforme formé encore à cette période de tissu conjonctif. (Fig. 10.)

Dans la majorité des cas (plus de deux tiers), il existe une communication entre l'articulation pisi-pyramidale et l'articulation radio-carpienne; nos recherches radiologiques le confirment également. La présence de cette communication interarticulaire est estimée par Rouvière (7), (1948) à la moitié des cas, par Lenhossék (4), (1922) et Paturet (5), (1951) à un tiers des cas, d'autres auteurs l'évaluent à un chiffre plus bas. Elle serait fréquente selon Testut et Jacob (8), (1906), d'après Gellért (3), (1946) elle ne serait que rarement observable. C'est Callander (1), (1948) qui représente le point de vue le plus opposé; l'articulation du pisiforme serait aussi isolée, selon lui, que l'articulation carpo-métacarpienne du pouce. Que la cavité articulaire de celle-ci est vraiment indépendante, tous les auteurs s'accordent à l'affirmer. Quant à l'articulation du pisiforme, toutefois, une constatation similaire ne serait point conforme aux résultats des examens.

Il résulte de l'étendue même de la synoviale que la production de la synovie est abondante, elle coule à travers un large orifice de communication, elle est charriée vers les grandes surfaces cartilagineuses hyalines, vers les articulations radio-carpienne et médio-carpienne. C'est ainsi que l'articulation du pisiforme peut être considérée — au cas où il existe des communications appropriées — comme une des sources principales de production synoviale pour les articulations carpiennes, on pourrait la qualifier d'une des sources synoviales des articulations du carpe.

Les radiographies ont été obligeamment exécutées par la Clinique radiologique de Budapest (Directeur : Prof. N. Ratkóczy). Nous tenons à lui exprimer ici nos chaleureux remerciements.

Résumé

L'auteur avait exploré sur des cadavres humains les communications existant entre les articulations du carpe. Il introduisit de l'huile radio-opaque dans l'articulation radio-carpienne, il examina le trajet parcouru par cette substance à l'aide de radiographies prises sous deux incidences et par la dissection. Grâce aux communications des cavités articulaires, il réussit, à plusieurs reprises, à imprégner toutes les articulations du carpe à l'exception de l'articulation carpo-métacarpienne du pouce. Il constate :

1° que la substance opaque huileuse est parfaitement utilisable à l'étude des communications interarticulaires, des culs-de-sac et des recessus synoviaux ;

2° qu'il n'est pas nécessaire d'appliquer une pression intense lors de l'injection de l'articulation radio-carpienne ;

3° que, parmi les culs-de-sac synoviaux de l'articulation radio-carpienne, c'est le cul-de-sac préstyloïdien qui est le plus constant et, en même temps, le moins sujet à des variations de forme, tandis que le cul-de-sac préradial est de constatation moins fréquente, mais de configuration plus variable ;

4° que la communication entre les articulations médio-carpienne et carpo-métacarpienne était constamment constatable (entre le trapèze et le trapézoïde), ce qui confirme les observations de Lenhossék et ne concorde pas avec celles de Testut—Jacob ;

5° que la communication entre les articulations médio-carpienne et radio-carpienne était le plus fréquemment démontrable entre le semi-lunaire et le pyramidal ;

6° que la substance de contraste est susceptible d'être véhiculée depuis l'articulation radio-carpienne jusque dans les articulations intermétacarpiennes ;

7° que l'articulation du pisiforme avec le pyramidal avait, dans une proportion de deux tiers des cas, communiqué avec l'articulation radio-carpienne.

L'importance des recherches entreprises réside dans le problème de la propagation des inflammations articulaires spécifiques et non spécifiques. Le chiffre des interventions pratiquées sur le carpe avait subi, dans le courant des dernières années, une augmentation considérable et l'auteur, conjointement avec cette question, attire l'attention sur la nécessité de la connaissance exacte des rapports interarticulaires, de même que sur le danger de l'infection post-opératoire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Callander : (1948) Surgical Anatomy. Philadelphie.
2. Hyrtl : (1889) Lehrb. der Anat. des Menschen. Vienne.
3. Kiss, F. : (1946) Anatomie descriptive. Szeged (En hongrois).
4. Lenhossék, M. : (1922) Anatomie humaine. Budapest (En hongrois).
5. Paturet : (1951) Traité d'anatomie humaine. Paris.
6. Pavlov : (1951) Anatomie et Physiologie. Budapest (En hongrois).
7. Rouvière, H. : (1948) Anatomie humaine. Paris.
8. Testut—Jacob : (1906) Traité d'anatomie topographique. Paris.
9. Verebely : (1934) Leçons de clinique chirurgicale. Budapest (En hongrois).
10. Vorobiev : (1948) Atlas d'anatomie humaine. Moscou (En russe).

ДАННЫЕ К ХИРУРГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ЗАПЯСТНЫХ СУСТАВОВ

Б. Шомоды

Резюме

Автор на человеческих трупах исследовал сообщения запястных суставов. Он впрыскивал контрастную массу в луче-запястный сустав и наблюдал за распространением этой массы с помощью рентгеновских снимков, изготовленных в двух направлениях и путем препарировки. Вследствие сообщений, имеющих между полостями различных суставов, в некоторых случаях автору удалось наполнить контрастной массой все запястные суставы, за исключением первого запястно-пястного сустава.

Автор установил, что:

1. масляная контрастная масса отлично годится к исследованию сообщений различных суставов, синовиальных сумок и углублений.

2. при впрыскивании контрастной массы в полость сустава, значительное давление применять не нужно.

3. Среди синовиальных сумок луче-запястного сустава самой постоянной является сумка, расположенная перед шиловидным отростком, в то же время форма ее варьирует меньше всего; сумка, расположенная перед лучевой костью, встречается более редко, а форма ее чаще поддежит различным видоизменениям.

4. Сообщение между межзапястным и запястно-пястным суставами во всех случаях соответствовало описанию Ленгошека (Lenhossék) (между много-угольными костями), а не описанию Тестют—Якоба (Testut—Jacob).

5. Сообщение между межзапястным и луче-запястным суставами чаще всего наблюдалось между полулунной и трехгранной костями.

6. Контрастная масса из луче-запястного сустава может пропадать и в полости межзапястных суставов.

7. Сустав гороховидной кости в более чем 2/3 случаев имел сообщение с луче-запястным суставом.

Данное исследование имеет значение с точки зрения распространения специфических и неспецифических воспалений. За последние годы число операций, сделанных над запястом, значительно повысилось и в связи с этим авторы обращают внимание на важность точного знания отношений отдельных суставов и на опасность послеоперационных инфекций.