

particulier, se détache nettement à la face antérieure et interne du bras, d'où résulte la production d'une gouttière interne, quelquefois très prononcée, appelée gouttière bicipitale. C'est au fond de cette gouttière qu'est située l'artère humérale, séparée en ce point de l'humérus (fig. 168) par une mince couche musculaire appartenant au brachial antérieur.

Une autre gouttière, moins profonde que la précédente, longe la face externe du bras et répond à l'intervalle qui sépare le brachial antérieur du muscle triceps. Arrivée au niveau de l'insertion deltoïdienne, la gouttière externe se bifurque pour suivre les bords antérieur et postérieur du deltoïde. Cette bifurcation était choisie pour l'application du cautère, à l'époque où cet exutoire était en honneur; il n'existe, en effet, en ce point que l'entre-croisement sur le V deltoïdien des attaches du deltoïde et du brachial antérieur; il n'y a pas de muscles dont l'action eût pu être entravée par la présence d'une plaie permanente.

Pour se rendre un compte exact de la topographie du bras, il faut l'étudier sur une coupe horizontale, perpendiculaire à l'axe, telle que le représente la figure 168. J'ai fait cette coupe à la partie moyenne, dans le point où l'on pratique, en général, l'amputation et la ligature de l'artère, c'est-à-dire dans celui où les rapports réciproques des organes sont le plus utiles à connaître. Plus haut, la coupe rencontrerait le deltoïde et le coraco-brachial; plus bas, le long supinateur et les radiaux externes, ce qu'il me suffit de signaler.

Les couches communes enveloppantes du bras sont : la peau, le tissu cellulo-graisseux sous-cutané et l'aponévrose brachiale.

Épaisse à la face externe du bras, la *peau* est plus mince à la face interne. Elle est sujette aux érosions qui résultent d'un appareil mal appliqué ou trop longtemps maintenu. La peau du bras est très mobile; c'est celle de la face interne que Tagliacozzi employait pour pratiquer la rhinoplastie par la méthode italienne. Elle est également très apte à servir aux greffes dermiques. Il faut savoir que les lambeaux ainsi détachés de la face interne du bras se rétractent beaucoup.

La *couche cellulo-graisseuse sous-cutanée*, très abondante chez les femmes et les enfants, est régulièrement répartie sur la circonférence du membre. Elle glisse facilement et sur la face profonde de la peau et à la surface de l'aponévrose : aussi, n'est-il pas nécessaire de la disséquer dans l'amputation du bras; la simple traction par les mains d'un aide suffit pour la rétracter. J'ajouterai que, l'aponévrose étant elle-même très mobile sur les couches sous-jacentes, il est inutile de disséquer et de relever une manchette. Un aide rétracte, à mesure que le chirurgien divise les trois couches enveloppantes, et les muscles peuvent être coupés au niveau de la lèvre supérieure, qui se trouve ainsi suffisamment relevée. Il résulte de la laxité de la couche cellulo-graisseuse que les infiltrations de toute nature s'y font très facilement.

On trouve dans la couche sous-cutanée la veine céphalique et la veine basilique; cette dernière est accompagnée par le nerf brachial cutané interne, qui traverse l'aponévrose sur un point plus élevé que le musculo-cutané. Celui-ci est encore profond dans le point où porte la coupe.

L'*aponévrose brachiale* enveloppe tout le bras, à la manière d'un manchon un peu plus épais en arrière qu'en avant. Je viens de dire que par ses deux faces l'aponévrose est peu adhérente : c'est ce qui permet les grands décolle-