

aussitôt en bas, en arrière et en dehors, s'engage entre le vaste interne et la longue portion du triceps, suit la gouttière de torsion de l'humérus, contourne cet os et abandonne la loge du triceps pour se placer dans la loge antérieure, où il apparaît entre le muscle long supinateur et le brachial antérieur. Le nerf radial occupe donc successivement au bras les loges postérieure et antérieure. A la partie moyenne du bras, il affecte le rapport précis qui est représenté figure 168. La coupe est pratiquée juste au point où le radial change de loge. Ainsi que l'humérale profonde, qui l'accompagne dans tout son trajet, il est à ce niveau compris dans un dédoublement de la cloison intermusculaire externe |

Le détail qu'il importe surtout de remarquer relativement au nerf radial est son rapport *immédiat* avec l'humérus, dont aucune fibre musculaire ne le sépare. Il en résulte que dans les fractures du corps de l'os, le cal peut comprimer le nerf radial et même l'emprisonner. Deux faits de ce genre avaient été observés par Ollier et Trélat. J'en ai observé un troisième. Un homme, âgé de cinquante ans, avait été atteint d'une fracture compliquée occupant la partie moyenne du bras sans lésion d'aucune branche nerveuse. Lorsqu'on retira l'appareil, il existait une paralysie complète des extenseurs, la main était absolument inerte. Pensant que le nerf radial était emprisonné dans le cal, je me proposai de le dégager quatre mois environ après l'accident. Une incision pratiquée à une certaine distance au-dessous de la fracture, entre le brachial antérieur et le long supinateur, me permit de découvrir aisément le tronc du radial, qui, à ce niveau, était sain ; le poursuivant de bas en haut, je ne tardai pas à le voir pénétrer dans une coulisse ostéo-fibreuse qu'il me suffit d'inciser pour obtenir le désenclavement complet. Le nerf était, sur une hauteur d'environ 3 centimètres, très aminci, moniliforme et rougeâtre. Je détruisis ensuite avec la gouge et le maillet les bords osseux de la gouttière pour éviter que le nerf ne s'y engageât de nouveau. Les mouvements reparurent peu à peu, et, trois mois après l'opération, j'ai pu présenter à la Société de chirurgie le malade *complètement* guéri.

Le rapport immédiat du nerf radial avec le corps de l'humérus explique aussi pourquoi la paralysie traumatique de ce nerf est de toutes la plus fréquente. Un coup de bâton, par exemple, peut la déterminer. J'ai vu un jeune garçon atteint d'une paralysie complète du radial à la suite d'une morsure de cheval ; un autre à la suite de l'application de la bande d'Esmarch. Panas a signalé comme cause de paralysie du nerf radial la pression exercée, pendant le sommeil, par la tête reposant sur le bras porté en extrême abduction et en supination.

L'*humérus* occupe à peu près le centre de la circonférence représentée par une coupe horizontale du membre. Il est enveloppé d'une couche périostique, qui, chez les enfants, présente une épaisseur et une résistance relativement grandes : aussi, peut-on observer à cet âge de la vie des fractures intra-périostales sans déplacement. Mais dire avec certains auteurs que le même phénomène peut se produire chez l'adulte est inexact. Je ne sache pas qu'on ait jamais observé chez l'adulte une fracture du corps de l'humérus, directe ou indirecte, avec intégrité telle du périoste que le seul signe de fracture soit la mobilité anormale. Je ne parle pas, bien entendu, des fractures spontanées qui se produisent par contraction musculaire sur un os préalablement altéré.

On a voulu faire jouer aux muscles du bras un rôle important dans la détermination du déplacement des fragments ; mais je répète ici ce que j'ai dit à propos de la clavicule : le déplacement est le résultat du choc, de la forme du corps