

exact, une notable diminution du cours du sang. Je ne vois, du reste, aucune indication qui autorise le chirurgien à tenter légitimement cette extension brusque.

Une flexion forcée de l'avant-bras sur le bras détermine plus sûrement que l'extension l'interruption du cours du sang, phénomène qui a été utilisé pour la cure de l'anévrysme artérioso-veineux du pli du coude.

Le *nerf médian* est situé en dedans de l'artère ; nous venons de voir que l'artère quitte la face interne du bras pour se porter vers la ligne médiane ; quant au nerf, il suit un trajet rectiligne et gagne le muscle rond pronateur, entre les deux faisceaux d'insertion duquel il s'engage. Il en résulte qu'au pli du coude le rapport entre le nerf et l'artère n'est plus aussi immédiat qu'au bras : aussi, tandis qu'on découvre nécessairement le nerf médian en liant l'artère à la partie moyenne du bras, on ne l'aperçoit souvent pas en liant le même vaisseau au pli du coude. Ce nerf n'en constitue pas moins un point de repère extrêmement précieux, et je pus en apprécier toute l'importance dans le cas auquel je faisais allusion plus haut.

Le *tendon du muscle biceps* est situé sur un même plan que l'artère humérale et le nerf médian. Il se présente, comme ce dernier, sous la forme d'un cordon arrondi, mais plus volumineux ; de couleur blanche, mais brillant et nacré, tandis que le médian est d'un blanc mat. Le tendon, situé immédiatement en dehors de l'artère, forme avec l'expansion aponévrotique une sorte de gouttière dans laquelle est logé le vaisseau. Il ne tarde pas à abandonner l'artère humérale et s'enfonce profondément vers la pointe du V que forment les saillies musculaires interne et externe. Il s'enroule sur l'extrémité supérieure du radius pour aller s'attacher à la tubérosité bicipitale de cet os et à la partie la plus postérieure de cette tubérosité. Il résulte de cette insertion que non seulement le biceps est un fléchisseur de l'avant-bras sur le bras, mais aussi un supinateur puissant, qui ramène, en se contractant, les deux os de l'avant-bras au parallélisme. Il y a donc un grand intérêt, dans la résection du coude, à ne pas sacrifier ce tendon, ce qui, d'ailleurs, ne présente aucune difficulté. Entre le tendon et la partie antérieure de la tubérosité bicipitale, qui est encroûtée de cartilage, existe une bourse séreuse qui peut être le point de départ d'un kyste du pli du coude.

L'artère humérale est, en définitive, située entre deux cordons blancs qu'on peut reconnaître facilement au fond d'une plaie même très anfractueuse ; si le tendon se présente, il faut reporter ses recherches en dedans ; si c'est le nerf médian, les reporter en dehors et sur le même plan dans les deux cas.

Les organes essentiels de la région étant situés en avant de l'articulation, la voie antérieure est interdite pour la résection du coude. De plus, les os profondément situés en avant sont recouverts par des muscles, tandis qu'en arrière et sur les côtés les saillies osseuses sont sous-cutanées et très facilement accessibles. C'est donc dans ces derniers sens qu'on devra attaquer l'articulation. Indépendamment de l'artère humérale et de ses deux branches terminales, le coude présente encore un cercle artériel formé par l'anastomose des quatre récurrentes avec les collatérales externe et interne de l'humérale. L'une d'elles, la récurrente radiale antérieure, née de la radiale, s'anastomose au niveau de l'épicondyle avec la terminaison de l'humérale profonde. La récurrente radiale postérieure, fournie par le tronc de l'interosseuse, et, le plus souvent, par