

l'interosseuse postérieure, s'anastomose au même point avec les deux précédentes. Les récurrentes cubitales antérieure et postérieure naissent directement de la cubitale, souvent par un tronc commun, et s'anastomosent au niveau de l'épitrôchlée avec la collatérale interne, branche de l'humérale. Il existe donc autour du coude un cercle artériel complet largement ouvert, qui permet de lier, sans crainte de gangrène, l'artère humérale, et qui joue dans les plaies de la paume de la main un rôle important sur lequel je reviendrai plus loin.

*Premier plan musculaire.* — L'artère humérale et ses veines collatérales, le nerf médian et le tendon du biceps, reposent sur le muscle brachial antérieur, qui leur est immédiatement sous-jacent et dont ils sont seulement séparés par une couche de tissu cellulaire lâche. Au muscle brachial antérieur j'ajoute les deux saillies musculaires latérales, qui jouent, d'ailleurs, un rôle insignifiant dans la pathologie du coude. Je rattache aussi le nerf radial à cette même couche, parce qu'il se trouve compris entre le brachial antérieur et les muscles épicondyliens.

Le *muscle brachial antérieur* (fig. 173) est étalé au-devant de l'extrémité inférieure de l'humérus qu'il recouvre complètement. Il passe en avant des surfaces articulaires et ses fibres se condensent sur un tendon qui va s'insérer à la base de l'apophyse coronoïde du cubitus. Il est important de remarquer la manière dont se fait cette insertion, et la figure 173 a pour but de le montrer. Le tendon s'insère sur une surface osseuse rugueuse, qui mesure environ 15 millimètres de hauteur. Or, dans la résection du coude, la conservation de ce tendon est indispensable, puisque le brachial antérieur est, avec le biceps, le seul agent du mouvement de flexion de l'avant-bras sur le bras, et encore est-il plus spécialement fléchisseur. On pourra donc, si la lésion descend bas sur l'apophyse coronoïde, détacher une portion du tendon sans le séparer complètement. Dans tous les cas, on aura soigneusement recours à la méthode de Ollier : on décollera le tendon en en conservant la continuité avec le périoste du cubitus, en sorte que le muscle puisse recouvrir une grande partie de ses propriétés, résultat que rendrait impossible la section du tendon ; dans ce dernier cas, le muscle se rétracterait vers le bras et abandonnerait définitivement son insertion cubitale.

Je me bornerai à énumérer les muscles qui forment les saillies musculaires latérales.

La saillie externe ou épicondylienne comprend quatre muscles ; le long supinateur, le premier radial externe, le second radial externe et le court supinateur.

La saillie interne ou épitrôchléenne comprend les muscles : rond pronateur, grand palmaire, petit palmaire, cubital antérieur, fléchisseur superficiel, fléchisseur profond des doigts.

Au fond de l'espace que limitent la saillie épicondylienne et le bord externe du brachial antérieur se trouve le *nerf radial*, qui repose sur la face antérieure de l'humérus, après avoir quitté la gouttière de torsion et traversé d'arrière en avant l'aponévrose intermusculaire externe.

Le nerf radial est d'abord situé dans le sillon de séparation du long supinateur et du brachial antérieur, puis entre ce dernier muscle et le premier radial externe. Arrivé au niveau de l'épicondyle, il se divise en deux branches, l'une antérieure ou cutanée qui accompagne l'artère radiale, l'autre postérieure ou