

coude au pisiforme, mais on voit qu'une ligne droite ralliant ces deux points ne représenterait pas exactement le trajet de l'artère, car celle-ci décrit une courbe dont la concavité regarde en dehors.

Elle présente deux portions bien distinctes : l'une sous-musculaire, l'autre sous-aponévrotique. La portion sous-musculaire de l'artère se dirige très obliquement en bas et en dedans, dans le tiers supérieur de l'avant-bras, l'artère devient ensuite verticale jusqu'à sa terminaison (Voy. fig. 174).

Il ressort de là que, pour lier l'artère cubitale dans son tiers supérieur, il faudrait couper tous les muscles épitrochléens qui la recouvrent, car il n'y a pas d'interstice musculaire qui puisse y conduire ; c'est une opération qui n'a jamais chance d'être pratiquée sur le vivant et qu'il est inutile de répéter sur le cadavre. On ne doit donc lier l'artère cubitale que dans le tiers moyen et le tiers inférieur de l'avant-bras. Si une raison quelconque, difficile à prévoir, obligeait à lier la cubitale au niveau de son origine, il serait préférable de faire une incision analogue à celle qui sert à découvrir l'humérale au pli du coude.

On ne doit pas employer cette formule : « ligature de l'artère cubitale à sa partie supérieure », mais bien : « ligature de l'artère cubitale à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur de l'avant-bras ». L'incision qu'il convient de pratiquer à la peau doit comprendre partie égale du tiers supérieur et du tiers moyen de l'avant-bras, de façon à lier le vaisseau au milieu de la plaie.

La portion verticale de l'artère cubitale, prolongée en haut, irait aboutir à l'épitrochlée, ce qui a conduit les chirurgiens à donner comme ligne d'incision cutanée pour la ligature de la cubitale une ligne allant de l'épitrochlée à la face externe du pisiforme.

Ce n'est pas que cette ligne conduise directement sur le vaisseau, encore en ce point très rapproché de l'axe du membre, mais elle correspond exactement à l'interstice séparant le muscle cubital antérieur, qui est en arrière, du fléchisseur superficiel, qui est en avant. Une fois cet interstice découvert et incisé, il faut se garder d'aller directement d'avant en arrière entre le cubital antérieur et les fléchisseurs, ce qui conduirait à la face postérieure de l'avant-bras : il faut, au contraire, cheminer horizontalement en soulevant le muscle fléchisseur superficiel, puisque l'artère repose sur le fléchisseur profond.

Il peut se faire que l'artère cubitale ne soit pas dans le point que je viens d'indiquer : c'est qu'alors l'artère humérale s'est bifurquée prématurément : au lieu de passer en arrière des muscles épitrochléens, la cubitale passe en avant, elle est sous-aponévrotique, et on la trouverait en pratiquant une incision parallèle à la direction réelle du vaisseau.

Le *nerf cubital* occupe au coude la gouttière interne limitée par l'olécrâne et l'épitrochlée. Descendant verticalement entre le fléchisseur superficiel et le fléchisseur profond, il rencontre bientôt l'artère cubitale, se place à son côté interne et ne l'abandonne plus jusqu'à la paume de la main. Le nerf et l'artère n'affectent donc de rapport entre eux qu'à partir du tiers moyen de l'avant-bras ; dans le tiers supérieur, ils sont séparés par un intervalle de forme triangulaire à base supérieure.

Quand on pratique la ligature de l'artère cubitale au tiers moyen, le nerf cubital se présente donc d'abord à l'opérateur ; à l'inverse du nerf radial, il constitue, après l'interligne musculaire, le point de repère le plus important de cette ligature. Quand on ne trouve pas la cubitale au côté externe du nerf, on