

teur, tandis que l'artère occupe la gaine du rond pronateur. Le nerf descend en accompagnant le tendon du supinateur, tandis que l'artère occupe la gouttière radiale, puis, à une distance variable au-dessus de l'articulation radio-carpienne, il s'engage au-dessous du tendon de son muscle satellite, gagne la face externe et postérieure du poignet, le dos de la main, pour s'y distribuer : dans la ligature de l'artère radiale, à sa partie inférieure, on ne trouve jamais le nerf radial à côté du vaisseau. Cela explique pourquoi dans les plaies de la radiale, assez fréquentes à ce niveau, il est très rare d'observer une paralysie de la branche cutanée du radial.

L'*artère radiale* est donc située à la face antérieure du poignet, dans la gouttière limitée par les tendons des muscles long supinateur et grand palmaire, sur le trajet d'une ligne qui réunirait le milieu du pli du coude à l'apophyse styloïde du radius. Très superficielle en ce point, elle n'est recouverte que par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et *un seul* feuillet aponévrotique. Il est facile de la découvrir. Le même motif fait qu'elle est blessée plus souvent que toutes les autres artères. Les éclats de verre, surtout, l'atteignent fréquemment.

On peut alors tenter d'abord la compression, qui s'exerce d'autant plus facilement que l'artère repose sur un plan osseux, mais le traitement rationnel, et presque toujours le seul efficace, est la torsion ou la ligature des deux bouts dans la plaie. Il n'est pas rare d'observer à la suite de la ligature, vers le quatrième ou le cinquième jour, une hémorragie secondaire provenant du bout inférieur par absence de caillot ; la torsion du vaisseau mettrait absolument à l'abri de ce danger.

L'artère radiale est parfois sinueuse et dilatée, en particulier dans le cas d'angiome de la main. C'est en touchant cette artère que l'on reconnaît, en général, la dégénérescence athéromateuse. La radiale peut être atteinte d'anévrysmes traumatiques faux consécutifs à la suite de piqûres, d'un coup d'épée, par exemple, qui n'a fait qu'entamer le vaisseau. La plaie artérielle se cicatrise, puis le tissu de cicatrice se laisse distendre peu à peu par l'ondée sanguine et finit par constituer une véritable poche appendue au vaisseau. En 1861, dans le service de Nélaton, où j'étais interne, A. Richard enleva une tumeur de l'avant-bras droit ayant tous les caractères d'un fibrome. La tumeur s'énucléa très facilement, mais on dut lier un vaisseau assez volumineux au-dessus et un autre au-dessous de la tumeur ; on pansa la plaie à plat, et le malade guérit rapidement. Or, l'examen démontra que c'était une poche remplie de caillots fibrineux stratifiés : il s'agissait d'un anévrysme de la radiale qui, n'étant plus en communication avec la cavité du vaisseau, avait cessé de battre. Le malade avait reçu un coup d'épée dans un duel, dix ans auparavant.

Verticalement dirigée depuis son origine jusqu'à l'apophyse styloïde du radius, la radiale change alors de direction et contourne le sommet de cette apophyse pour gagner la face externe du poignet, où elle affecte des rapports nouveaux que j'étudierai avec cette région. Au moment où elle change de direction, elle fournit une collatérale fort importante, la *radio-palmaire*. Généralement petite, cette artère peut atteindre un volume considérable et fournir, à la suite de sa blessure, une hémorragie sérieuse. Elle passe en avant du court abducteur du pouce et va s'anastomoser dans la paume de la main avec l'artère cubitale pour former l'arcade palmaire superficielle.

Je disais, tout à l'heure, que le bout périphérique de la radiale était souvent