

le siège d'une hémorragie secondaire à la suite des plaies de ce vaisseau. Ce phénomène, il est vrai, répond à une loi générale de pathologie ; cependant, dans le cas particulier, le voisinage de la radio-palmaire contribue certainement à le produire ; aussi, faut-il toujours songer à ce vaisseau dans les plaies de la radiale et le comprendre dans la ligature, s'il naît tout près du bout inférieur.

La radio-palmaire, adhérente aux fibres les plus superficielles du ligament annulaire, est difficile à isoler au fond d'une plaie, mais on la saisira aisément en même temps que la peau avec une pince à artères. On laissera la pince en place pendant vingt-quatre heures.

En dedans du grand palmaire, entre ce muscle et le faisceau externe du fléchisseur superficiel, se trouve le *nerf médian*. Primitivement situé à l'avant-bras, entre les deux muscles fléchisseurs communs des doigts, ce nerf s'en dégage vers le tiers inférieur et se confond avec les tendons, dont il est même assez difficile de le distinguer. Il n'est pas tout à fait médian, mais un peu plus rapproché du bord externe du poignet. Le tendon du grand palmaire constitue un point de repère important pour trouver ce nerf, pour en rechercher les deux bouts dans une plaie de l'avant-bras ; il faut se rappeler qu'il est sur un plan postérieur à celui du fléchisseur superficiel. J'ai observé, à Lariboisière, une plaie curieuse du nerf médian : ayant été saisi dans un crochet au niveau du poignet, ce nerf fut arraché de la main avec toutes ses branches collatérales.

Je ne fais que mentionner ici le fléchisseur propre du pouce, les fléchisseurs superficiel et profond des doigts. Ces tendons, remarquables surtout par les gaines synoviales dont ils sont entourés, seront étudiés à la paume de la main.

Le muscle cubital antérieur est le plus interne de la région : les fibres musculaires accompagnent le tendon jusqu'à son insertion au pisiforme. Entre ce muscle et le faisceau le plus interne des fléchisseurs existe une dépression, une gouttière analogue à celle que j'ai signalée entre le grand palmaire et le long supinateur : c'est la gouttière cubitale, au fond de laquelle se trouvent l'artère, les veines et nerf cubitiaux.

Nous avons vu l'*artère cubitale* s'engager au niveau du pli du coude au-dessous des muscles épitrochléens entre les deux fléchisseurs communs. Ces deux muscles sont séparés l'un de l'autre par une aponévrose, en arrière de laquelle se place l'artère : aussi, bien que les tendons se rapprochent et se confondent, en quelque sorte, au niveau du poignet, les deux plans fibreux n'en existent pas moins de la façon la plus manifeste au niveau de l'artère cubitale. Celle-ci est, par conséquent, recouverte au poignet par la peau, la couche sous-cutanée, l'aponévrose d'enveloppe et une seconde aponévrose qui relie le tendon du cubital antérieur à la couche des fléchisseurs. Ce qui différencie donc essentiellement l'une de l'autre la radiale et la cubitale au poignet, c'est que la première n'est recouverte que par un plan aponévrotique, tandis que deux plans recouvrent la seconde. Bien que superficielle, la cubitale est donc sentie moins aisément que la radiale, et la ligature en est plus difficile.

Si l'artère radiale prend une voie détournée pour gagner la paume de la main, il n'en est pas de même de la cubitale ; celle-ci, continuant son trajet vertical, se place en avant du ligament annulaire antérieur du carpe dans un dédoublement que lui offre ce ligament. Elle est logée, en ce point, dans une gouttière creusée sur la face externe du pisiforme, qui constitue le point de repère le plus important pour découvrir l'artère. De là, elle gagne la paume