

de la main et, par sa branche terminale superficielle, s'anastomose avec la radio-palmaire pour former l'arcade palmaire superficielle.

A partir du moment où le *nerf cubital* a rejoint l'artère au niveau du tiers supérieur de l'avant-bras, il ne l'abandonne plus. Il occupe constamment son côté interne, et, à l'inverse du nerf radial, constitue un point de repère précieux pour la recherche du vaisseau. A 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'articulation, le nerf cubital se bifurque en branche antérieure qui accompagne l'artère, et en branche postérieure destinée au dos de la main et à celui des doigts.

Je ne ferai que mentionner les vaisseaux et nerf interosseux, dont j'ai déjà parlé précédemment.

Indépendamment des larges anastomoses des deux artères de l'avant-bras dans la paume de la main, il en existe d'autres au pourtour du poignet. Les artérioles venues de chacun des vaisseaux forment une sorte de bracelet, dans lequel vient se terminer l'interosseuse antérieure.

Quant au muscle carré pronateur, je n'ai qu'à en signaler la présence en arrière des organes de la région. Pouteau a dit, mais à tort, que le carré pronateur pouvait avoir quelque influence sur le déplacement des fragments dans les fractures de l'avant-bras et dans celles de l'extrémité inférieure du radius.

En résumé, deux artères principales et deux nerfs siègent à la face antérieure du poignet (le nerf radial occupe la région externe). L'artère radiale, l'artère cubitale et le nerf cubital occupent les gouttières latérales ; le nerf médian occupe sensiblement la ligne médiane. Lors donc qu'il s'agira d'ouvrir un abcès profond de cette région, un de ces abcès quelquefois situés en arrière des tendons, il sera bon de se rappeler les détails anatomiques précédents : le nerf médian étant un peu plus rapproché du côté radial, on choisira de préférence le côté cubital et l'on pratiquera une incision verticale. On évitera dans les abcès et phlegmons du poignet les incisions tout à fait latérales ou médianes.

Une considération intéressante résulte de la condensation en un aussi petit espace d'organes de la plus haute importance.

Ces organes, tassés les uns contre les autres, sont de plus relativement superficiels ; il n'existe, en effet, à la face antérieure du poignet qu'une mince couche grasseuse sous-cutanée ; les tendons sont en quelque sorte à fleur de peau.

Or, les chutes sur la face antérieure du poignet sont fréquentes ; n'est-ce pas ainsi que se produisent les fractures si communes de l'extrémité inférieure du radius ? Que le bras rencontre sur le sol un corps coupant comme un tesson de bouteille, que le sujet ait eu le bras engagé à travers une vitre, il se produit alors une plaie transversale du poignet à 2 ou 3 centimètres au-dessus du pli radio-palmaire. Ces plaies se ressemblent toutes par la cause, le siège, la direction et ne diffèrent que par l'étendue et la profondeur qui sont en rapport elles-mêmes avec la violence du choc et la largeur du fragment de verre.

La peau seule peut être intéressée, comme aussi tous les vaisseaux, tendons et nerfs de la région : c'est alors la perte absolue de la main au point de vue fonctionnel si le blessé est abandonné à lui-même. Le diagnostic s'impose puisque les doigts sont privés de tout mouvement de flexion et que le territoire innervé par les nerfs cubital et médian est devenu insensible. Quant au nerf radial, il n'est jamais atteint, ayant abandonné la face antérieure de l'avant-bras sur un point plus élevé.

Il faut procéder immédiatement au traitement : mettre un fil sur les deux