

lié l'artère brachiale à sa partie supérieure pour une blessure de son tiers inférieur, sans que la guérison fût entravée par aucun accident.

*Ligature de la brachiale au tiers supérieur du bras.* On pratique une incision verticale de 0<sup>m</sup>,06 à 0<sup>m</sup>,07 de longueur, sur le côté interne et postérieur du biceps, dans la direction du vaisseau. La peau divisée, on s'assure de la position des parties, en ayant soin de ne pas tomber dans l'intervalle du biceps et du coraco-brachial. Le nerf médian est placé en dehors de l'artère, que l'on lie avec les précautions ordinaires entre ses deux veines satellites.

*Au milieu du bras.* L'opération ne diffère que par la position du nerf médian *b*, qui croise l'artère *c* et doit être repoussé en dehors ou en dedans, selon que l'on opère plus haut ou plus bas, puisque ce nerf se trouve, comme nous l'avons dit, en dehors de l'artère en haut, en dedans, en bas, et directement en rapport avec elle dans le milieu de son trajet.

On écarte en dedans et en arrière l'aponévrose d'enveloppe du muscle biceps *d*, et en incisant la gaine de l'artère on lie celle-ci entre ses deux veines collatérales *a*.

*Au pli du coude.* On place le bras dans l'extension et la supination, et l'on divise la peau obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, le long du côté interne du biceps, dont on sent très-aisément le tendon *c* (fig. 198, bras gauche). L'incision, commencée à 0<sup>m</sup>,04 au-dessus du niveau des condyles, doit descendre à 0<sup>m</sup>,04 au-dessous, correspondre au tiers interne du membre, et

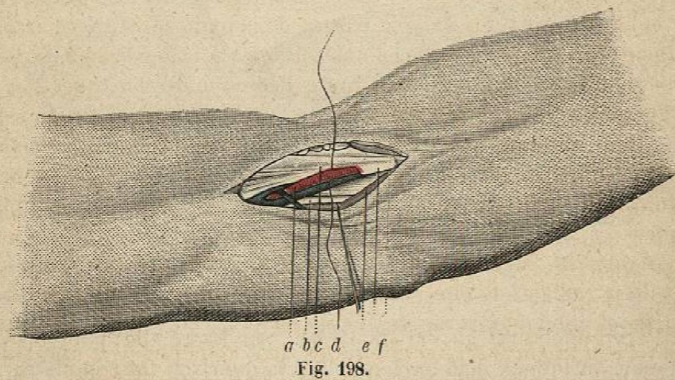


Fig. 198.

se trouver entre les muscles biceps et rond pronateur. Derrière la peau on rencontre les veines basilique et médiane interne, que l'on écarte, ainsi que les filets nerveux; on coupe l'aponévrose sur la

sonde cannelée, puis l'expansion fibreuse du biceps *f*, et l'on cherche avec le doigt l'artère *a* et le nerf médian *b*. Le nerf *b* indique la position de l'artère; celle-ci est en dehors, et quelquefois séparée du médian par un faisceau musculaire du rond pronateur *e*, déjà signalé. Ordinairement on ne découvre même pas le nerf, et, isolant l'artère des veines satellites qui y sont accolées, on la lie en conduisant le fil de dedans en dehors.

*Anastomoses.* Si l'artère a été oblitérée à sa partie supérieure, les voies anastomotiques sont les mêmes que pour la terminaison de l'axillaire: si la ligature a été placée au pli du coude, ce sont les récurrentes radiales et cubitales qui reçoivent le sang des deux collatérales interne et externe.

**ARTÈRE RADIALE.** *Anatomie.* L'artère radiale marche superficiellement au côté externe de l'avant-bras, dans la direction d'une ligne qui se porterait du milieu du pli du coude au côté interne et antérieur de l'apophyse styloïde du radius. Recouverte supérieurement par quelques fibres seulement du bord interne du long supinateur, qui en est le muscle satellite, elle côtoie plus bas le bord interne et le tendon de ce muscle, et repose successivement en arrière sur les muscles rond pronateur, fléchisseur profond des doigts, fléchisseur propre du pouce et carré pronateur. Arrivée au niveau du poignet, elle change de direction, s'engage sous les tendons réunis des muscles court extenseur et grand abducteur du pouce, continue à avancer, en arrière, en bas et en dedans sur le tendon du muscle grand extenseur du pouce, et parvenue entre les extrémités postérieures des premier et deuxième métacarpiens, elle s'y enfonce pour venir dans la paume de la main constituer l'arcade palmaire profonde, en s'anastomosant avec une des branches de la cubitale. On peut la lier dans toute l'étendue de son trajet, et la largeur de ses anastomoses exige que l'on se rende maître du sang au-dessus et au-dessous du point affecté, la compression de l'artère cubitale ou de la radiale elle-même au-dessous de la ligature ne suffisant pas pour prévenir le retour du sang par le bout périphérique.

*Anomalies.* Meckel a signalé un assez grand nombre d'anomalies de la radiale; la plus commune est la division de l'humérale en radiale et cubitale fort au-dessus du coude; cette circonstance serait ici peu importante, si elle ne se liait quelquefois à une autre anomalie, dans laquelle la radiale est placée entre la peau et l'aponévrose, comme Velpeau l'a observé, ou située plus profondément que dans l'état naturel. Lenoir l'a vue passer au-dessous du tendon du biceps pour se continuer au côté externe de l'avant-bras,

en décrivant une légère courbe à convexité supérieure. M. Cruveilhier a indiqué un cas où l'artère radiale était très-petite et recevait au niveau du poignet l'interosseuse antérieure, qui était d'un calibre exagéré: c'est une des explications de la différence du pouls, chez quelques personnes, à droite et à gauche.

*Procédés opératoires. Ligature de l'artère radiale à son tiers supérieur (fig. 199).* On pratique une incision de 0<sup>m</sup>,06 sur le trajet déjà signalé du vaisseau; on divise la peau et l'aponévrose, derrière laquelle on rencontre les fibres du muscle grand supinateur

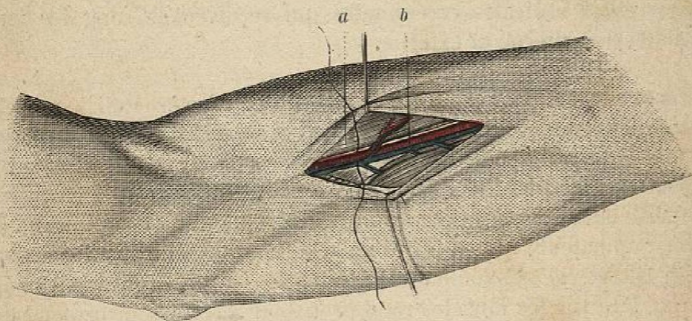


Fig. 199.

*a*; on les repousse en dehors, et derrière elles et leur gaine aponévrotique postérieure on aperçoit l'artère *b* accompagnée de ses deux veines satellites, et on la lie sans difficulté. Le nerf radial, placé en dehors, est d'autant plus éloigné de l'artère qu'on la découvre plus inférieurement; il est indifférent d'engager le bec de la sonde cannelée dans un sens ou dans un autre.

On doit s'aider beaucoup dans cette opération de la saillie du bord interne du long supinateur. Voici les règles données par Lisfranc: «Tirez une ligne qui, partant du milieu de l'espace compris entre les condyles de l'humérus, viendrait finir sur le côté externe du radius, à 0<sup>m</sup>,12 du point de départ. Tirez une seconde ligne, qui, partant de l'extrémité inférieure de la première, remonte à son côté externe, en formant avec elle un angle dont la base au pli du coude aurait à peu près 0<sup>m</sup>,015 d'ouverture; c'est sur cette seconde ligne qu'il faut pratiquer l'incision, à 0<sup>m</sup>,015 au-dessous de l'articulation.

Nous accordons assez peu de valeur à ces sortes d'indications mathématiques. Le moindre gonflement du membre, un aide qui tire trop fortement sur un des bords de l'incision, un léger écoulement de sang, dérangent sur-le-champ la précision de pareilles règles et

laissent le chirurgien dans le plus grand embarras, s'il n'a pas de meilleurs guides.

*Au poignet* on trouve l'artère radiale tout à fait sous la peau et appuyée sur le radius (fig. 200); elle est en rapport en dehors avec le tendon du long supinateur *d*, et en dedans avec celui du grand

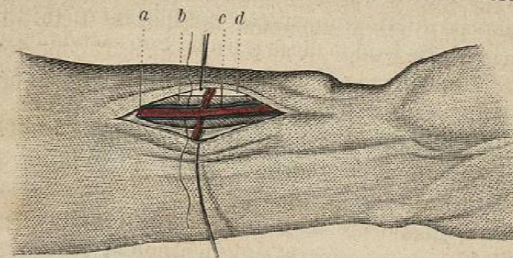


Fig. 200.

palmaire ou radial antérieur; il suffit de diviser la peau, l'aponévrose *a* et la gaine cellulaire, pour apercevoir l'artère *c*, entourée de ses deux veines satellites *b*, et fort éloignée du nerf, qui se porte, comme on sait, en dehors et en arrière.

*Au-dessous de l'apophyse styloïde du radius* on peut encore découvrir l'artère radiale *c* (fig. 201) au fond de la petite fossette que forment les tendons réunis des muscles grand abducteur et petit ex-

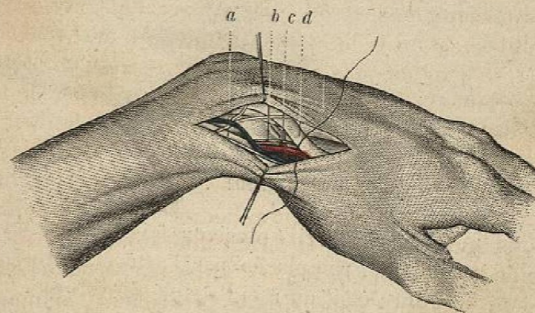


Fig. 201.

tenseur du pouce en dehors *a*, et long extenseur en dedans *d*, point où elle est accompagnée de deux veines satellites *b*; on incise la peau, le fascia superficiel, on écarte la veine céphalique du pouce, quelques rameaux du nerf radial, et après avoir divisé l'aponévrose profonde, on tombe sur l'artère entourée de ses deux veines satellites.