

RÉFLEXIONS
SUR LES
ANOMALIES ARTÉRIELLES
DU MEMBRE THORACIQUE.

DESCRIPTION

DE DEUX ANOMALIES RARES DES ARTÈRES DE L'AVANT-BRAS.

PAR LE DOCTEUR **BROCA**,

PROFESSEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

PARIS

MOQUET, LIBRAIRE,

RUE SAINT-JACQUES, 471, PRÈS DU PANTHÉON.

1849.

Biblioteka Główna WUM

Br.12643



000029022



www.dlibra.wum.edu.pl

Biblioteka Główna WUM

Imp. LACOUR et Cie., r. St-Ilyacinthe-St-Michel, 33, et r. Soufflot, 11



ANOMALIES ARTÉRIELLES

DU MEMBRE THORACIQUE.

(Extrait des Bulletins de la Société Anatomique.)

Plusieurs auteurs ont remarqué la fréquence des anomalies artérielles multiples. Cette fréquence est telle, qu'on ne peut l'attribuer à de simples coïncidences. Lorsqu'on a rencontré sur un cadavre une première anomalie artérielle, on a beaucoup de chances d'y en trouver une ou plusieurs autres, et je crois rester au-dessous de la vérité en disant que cela arrive au moins une fois sur deux. On dirait que pendant les premières périodes de la vie fœtale, une même cause a agi à la fois sur plusieurs parties de l'embryon, et déterminé dans son développement ces irrégularités multiples.

Le cadavre sur lequel j'ai pris les pièces que je vais décrire présentait cinq anomalies artérielles, dont trois étaient bilatérales. L'une d'elles, aussi rare qu'importante, portait à droite et à gauche sur les vaisseaux du membre thoracique; avant d'en venir à cette dernière, je vais rapidement énumérer les autres.

1^o La pédieuse gauche n'existe pas. Parvenue au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, la tibiale antérieure se divise en deux branches divergentes: l'une, fort grêle, c'est la sustarsienne interne, longe le bord interne du pied; l'autre, beaucoup plus grosse, passe sous le muscle pédieux, et va, sur le bord externe du pied, fournir les

collatérales des trois derniers orteils : c'est la sus-tarsienne externe. La pédieuse et la sus-métatarsienne manquent complètement.

2° L'artère poplitée droite ne fournit aucune artéculaire interne. Ces branches sont remplacées par un tronc volumineux qui naît de la fémorale, au-dessus de l'anneau, sort de la gaine des vaisseaux fémoraux avec le nerf saphène, et accompagne ce nerf jusqu'à la partie interne du genou. Ce tronc artériel, aussi gros qu'une radiale ordinaire, eût certainement gêné le chirurgien si la ligature de la fémorale à l'anneau eût été pratiquée pendant la vie.

3° Les deux artères obturatrices naissent à la fois, par deux racines à peu près égales; de l'épigastrique et de l'hypogastrique. Je ne mentionne ceci que pour mémoire, quoique cette disposition soit la plus rare de celles que présente l'obturatrice.

4° De chaque côté l'aorte fournit deux artères rénales; la supérieure donne une artère capsulaire, et l'artère ovarique se détache de l'inférieure. Il existe aussi quelques irrégularités dans la distribution et le rapport des veines rénales.

5° J'ai hâte d'arriver aux plus importantes de ces anomalies, à celles que présentent les artères des membres supérieurs. Mais avant de décrire ces pièces, et pour éviter de fastidieux détails, il est bon que je dise de quelle manière j'envisage les anomalies artérielles du membre thoracique.

Le sujet n'est pas neuf; un grand nombre d'auteurs d'un mérite incontestable en ont fait l'objet d'études multipliées. Ces anomalies sont si fréquentes, si variées, si importantes au point de vue anatomique comme au point de vue chirurgical, qu'elles devaient naturellement fixer l'attention. Cependant, malgré les efforts de Monro, Barclay, Ludwig, Sandifort, et surtout de Fréd. Meckel,

la plus grande confusion règne encore à cet égard dans la science : chaque statistique nouvelle est venue démentir les statistiques précédentes, et les résultats publiés par les divers auteurs sont trop différents pour qu'on doive n'en accuser que le hasard. Je n'en citerai qu'un seul exemple. L'origine prématurée de l'artère radiale est considérée comme la plus fréquente de *toutes* les anomalies par Monro, Burns et Meckel. Bidloo, cité par Wolf, a même décrit comme normale cette disposition irrégulière ; tandis que Haller et Sandifort la donnent comme extrêmement rare, et que Camper et Fleishmann la nient d'une manière absolue.

D'un autre côté, ce même Fleishmann, ce même Sandifort décrivent comme fréquente la naissance de la cubitale dans l'aisselle ou le long du bras ; tandis que Burns, Meckel et beaucoup d'autres trouvent cette anomalie bien plus rare que la précédente.

Il y a, je le répète, autre chose que du hasard dans des résultats si opposés. Cette contradiction vient de ce que tout le monde n'a pas apprécié de la même manière la nature de ces anomalies, de ce qu'on s'est laissé influencer par des idées préconçues, et surtout de ce qu'on a toujours considéré comme *artère principale* du membre celle qui présente le plus gros calibre.

Lorsque les deux artères qui par anomalie descendent de l'aisselle vers l'avant-bras sont très-inégales en volume, on a dit sans hésitation que la plus petite était irrégulière, et on a conservé pour l'autre le nom d'humérale.

Lorsqu'elles sont à peu près du même calibre, on a eu plus de latitude encore.

Les premiers anatomistes disaient qu'alors il y avait deux artères humérales : ceux-là s'inquiétaient peu de la distribution définitive des vaisseaux ; l'essentiel pour eux était de savoir qu'il y avait souvent deux troncs artériels

pour la circulation du membre supérieur, que l'un de ces troncs pouvait, au besoin, remplacer l'autre, et qu'il était permis par conséquent, avec quelque chance d'éviter la gangrène, de tenter la guérison des anévrysmes du coude.

Plus tard on disséqua un peu mieux ces deux artères du bras. On trouva que si, pour la fin de son trajet et sa destination, l'une d'elles représentait la radiale, l'autre affectait la distribution de la cubitale. L'humérale s'était donc bifurquée plus haut que de coutume, de telle sorte que dans une partie ou dans la totalité de la longueur du bras, l'artère principale du membre, loin d'être double, manquait complètement.

Cette idée répugna à beaucoup d'anatomistes; il leur parut que l'un des vaisseaux devait conserver le nom d'humérale, et que le second, dès lors, était une artère d'origine prématurée. Mais quel était le vaisseau normal et le vaisseau accidentel? On ne s'entendit pas là dessus. Chacun apprécia à sa manière, et trouva ce qu'il désirait trouver. Voilà pourquoi Fleishmann a vu dans toutes les anomalies dont je parle une naissance précoce de la cubitale, et pourquoi Burns a vu si souvent la radiale, si rarement la cubitale, prendre naissance dans l'aisselle ou le long du bras.

Afin d'éviter tant de confusion et de contradictions, j'ai voulu suivre dans l'appréciation de ces anomalies une méthode rationnelle et invariable. J'ai donc commencé par analyser la circulation artérielle normale du membre thoracique, et par la comparaison que j'ai établie entre les branches de l'humérale et celle de la poplitée, je crois avoir réussi à simplifier beaucoup la question.

L'avant-bras, comme la jambe, possède trois artères de premier ordre, et non point deux, comme les auteurs l'ont admis. La radiale est l'analogue de la tibiale antérieure; la cubitale représente la tibiale postérieure, et l'inter-os-

seuse ressemble de tout point à la péronière. Je ne pourrais, sans dépasser les limites de ce travail, développer les arguments sur lesquels se basent ces analogies; mais je puis assurer qu'elles existent autant dans la distribution et les rapports que dans le mode d'origine de ces vaisseaux. Il résulte de là que la première partie de la cubitale des auteurs, étendue depuis l'émergence de la radiale jusqu'à celle de l'interosseuse, représente le tronc tibio-péronier, étendu depuis l'origine de la tibiale antérieure jusqu'à celle de la péronière. Je donnerais volontiers, pour continuer la comparaison, le nom de tronc *cubito-interosseux* à cette grosse branche artérielle qui commence au pli du coude, et finit au niveau de la tubérosité bicipitale.

Il arrive souvent qu'un tronc artériel change de nom lorsqu'il parvient dans une région nouvelle; mais ces distinctions, destinées à rendre les descriptions plus faciles, sont purement conventionnelles, nullement anatomiques. La fémorale, la poplitée, le tronc tibio péronier, ne sont en réalité que le prolongement de l'iliaque externe, et ne constituent par conséquent qu'une seule et même artère. De même, le vaisseau principal du membre thoracique s'appelle successivement sous-clavière, axillaire, humérale; il ne se termine pas au pli du coude; il y émet seulement une grosse branche, qui est l'artère radiale, et ne finit vraiment qu'au niveau de la tubérosité bicipitale, où il se bifurque définitivement en cubitale et interosseuse. La première portion de la cubitale des auteurs en fait donc partie. Pour éviter la confusion qui résulte, dans l'étude des anomalies, de ces changements de noms, je désignerai purement et simplement sous le nom *d'artère principale du membre thoracique* ce vaisseau variable dans son calibre, mais fixe dans ses rapports, qui s'étend en ligne droite et sans interruption depuis le tubercule du scalène antérieur jusqu'à la tubérosité bicipitale.

L'artère principale fournit, chemin faisant, les vaisseaux des régions qu'elle traverse. Arrivée près de l'avant-bras, elle émet successivement les trois artères de premier ordre, destinées à cette partie du membre thoracique, la radiale, la cubitale, l'interosseuse. Grosses ou petites, ces trois artères existent toujours; mais elles peuvent naître plus haut ou plus bas, et c'est en cela que consistent la plupart des anomalies.

La théorie indique que l'artère radiale doit présenter plus souvent que les autres une origine prématurée, puisque normalement déjà elle se détache la première du vaisseau principal. C'est en effet ce qui a lieu dans la proportion à peu près de sept fois sur dix. La cubitale vient ensuite. Quant à l'interosseuse, tout le monde s'accorde à dire que son origine prématurée constitue la plus rare de toutes les anomalies; bien peu d'auteurs en rapportent des exemples; la plupart d'entre eux se sont contentés de les indiquer sans les décrire. Les deux seuls cas que je connaisse, et qui soient accompagnés d'une description ou d'une planche, le cas de Theile (*Encycl. anatom.*, t. III, p. 491), et celui de M. Dubreuil (*Anom. artérielles*, pl. VI, fig. 1), sont tout autre chose que des anomalies de l'artère interosseuse, ainsi que je le montrerai tout à l'heure; de sorte que je ne suis pas convaincu que l'origine prématurée de l'interosseuse ait jamais été observée.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'une des trois artères de l'avant-bras présente une naissance précoce, l'artère principale n'en continue pas moins son trajet normal le long du bras, dans la gaine du nerf médian, jusqu'au point où naissent normalement les deux dernières branches.—On conçoit, de même, que deux de ces vaisseaux puissent naître d'une manière prématurée; alors encore l'artère principale, plus petite, mais cependant normale, descend jusqu'au coude, où elle se termine en donnant seulement la

troisième artère de l'avant-bras. Il y a plus, les deux artères prématurées peuvent naître au même niveau ; en vertu de la loi de la *fusion d'origine*, ces deux artères, nées ensemble, et dirigées dans le même sens, se confondent en un tronc commun dans une partie de leur trajet. Il y a alors dans une partie ou dans la totalité de la largeur du bras deux vaisseaux parallèles très-inégaux. L'un est le tronc commun des deux artères prématurées, vaisseau essentiellement anormal dans sa constitution et dans ses rapports. L'autre est l'artère principale du membre, ou, si l'on veut, l'humérale, qui n'en doit pas moins conserver son nom, malgré l'infériorité de son calibre, et qui descend normalement jusqu'au coude pour y donner naissance à la troisième artère, à la seule normale des artères de l'avant-bras.

Jusqu'ici, dans les cas de ce genre, on n'a jamais manqué de donner le nom d'humérale au tronc commun des deux artères prématurées : quant à la troisième artère, la seule qui ne fût pas déviée de la disposition normale, on a dit, au contraire, qu'elle naissait plus haut que de coutume. La planche déjà citée de M. Dubreuil en est un exemple frappant. L'artère que cet auteur donne pour l'humérale, très superficielle, passe en avant du biceps et de son tendon, pour se bifurquer, sur la face antérieure du rond pronateur en cubitale anormale et radiale anormale. Au contraire, le vaisseau que M. Dubreuil présente comme une interosseuse d'origine prématurée, descend dans la gaine du nerf médian, sous le bord du biceps, derrière l'expansion de ce muscle, fournit toutes les récurrentes radiales et cubitales, et se termine au niveau ordinaire, en donnant une interosseuse normale. On est frappé de la contradiction qui existe entre cette planche et le texte même de l'ouvrage (V. Anom. artér., p. 168). Le cas de Theile, mieux décrit du reste, et surtout

mieux apprécié par son auteur, est presque entièrement semblable à celui qui précède. J'ai trouvé moi-même un cas presque identique, et tout me porte à croire que les exemples d'inter-osseuse prématurée, énoncés en passant par les auteurs, se rapportaient bien plutôt à ce genre d'anomalie.

Ce n'est pas seulement au point de vue physiologique que les réflexions qui précèdent sont importantes. Elles le sont bien plus encore au point de vue chirurgical. N'est-il pas utile de savoir que, même en cas d'anomalie, il y a toujours un vaisseau dans la gaine du nerf médian, et que ce vaisseau peut être lié d'une manière méthodique? A la suite d'un phlegmon diffus de l'avant-bras, il survient le quinzième jour une hémorrhagie inquiétante. M. Blandin cherche l'humérale au milieu du bras, suivant les règles de la médecine opératoire. Il ne trouve dans la gaine du nerf médian qu'un vaisseau assez petit; il le lie néanmoins. Aussitôt après, le pouls radial est aussi développé qu'avant l'opération. L'artère cubitale, au contraire, a cessé de battre, et l'hémorrhagie se trouve arrêtée d'une manière définitive. Il est clair que chez cet homme la radiale offrait une naissance prématurée, et que néanmoins le chirurgien a pu intervenir utilement en sa faveur.

Les origines prématurées ne rendent pas compte de toutes les anomalies artérielles. Meckel a très-clairement rapporté plusieurs d'entre elles à des vaisseaux supplémentaires que, d'après Haller, il désigne sous le nom de *vaisseaux aberrants*.

Les vaisseaux aberrants sont des branches qui émanent d'un tronc artériel, et qui, après un trajet irrégulier, viennent rejoindre ce tronc ou l'une de ces branches. Leur calibre peut être fort petit; celui du tronc principal n'est alors que faiblement diminué; mais à mesure que le vaisseau aberrant se développe, à mesure aussi le vaisseau

principal diminue pour reprendre son calibre normal, aussitôt que la branche irrégulière l'a rejoint. Celle-ci, dans son trajet, donne ordinairement quelques branches collatérales qui partent toujours de sa convexité.

A l'égard des vaisseaux aberrants, on a commis la même erreur qu'à l'égard des branches prématurées, c'est-à-dire qu'on a considéré comme aberrant le plus petit, et comme normal le plus gros de ces vaisseaux; je pourrais répéter tout ce que j'ai dit à l'occasion des branches prématurées pour prouver que cette manière de procéder est vicieuse. Quels que soient son calibre et ses collatérales, le vaisseau aberrant est celui qui existe là où normalement il ne devrait exister aucun vaisseau.

Lorsqu'il y a deux vaisseaux le long du bras, il arrive fréquemment qu'ils communiquent au pli du coude par une anastomose assez grosse. Il n'est pas nécessaire, comme l'ont fait beaucoup d'auteurs, d'en faire un nouveau type d'anomalie, et de compliquer encore une question déjà assez épineuse. La théorie des vaisseaux aberrants rend un compte fort satisfaisant de cette irrégularité aussi fréquente que bizarre. Voici, en effet, ce qui a lieu : un gros vaisseau aberrant s'est séparé de l'humérale, à une hauteur quelconque; ce vaisseau, devenu superficiel, redevient profond au pli du coude, pour se jeter de nouveau dans l'humérale. Mais dans son trajet, il a donné naissance à plusieurs vaisseaux, et entre autres, à l'une des artères de l'avant-bras. C'est une anomalie simple au lieu d'être une anomalie double.

Il suffira maintenant de peu de mots pour exposer la disposition de mes pièces, et pour en donner une idée exacte sans entrer dans des détails minutieux

A gauche, le vaisseau principal du membre thoracique se continue sans interruption jusqu'au niveau de la tubérosité bicipitale, lieu ordinaire de sa terminaison. Il est

normal, à l'exception de son calibre, qui est diminué de plus d'un tiers. Un vaisseau aberrant s'en est détaché dans l'aisselle, et vient le rejoindre au pli du coude, à deux centimètres au-dessus de sa bifurcation en cubitale et interosseuse. Mais au moment de revenir dans l'artère principale, ce vaisseau aberrant perd les cinq sixièmes de son calibre par l'émission d'une grosse branche qui descend à l'avant-bras entre le long supinateur et le rond pronateur, et qui est l'artère radiale.

A droite, l'axillaire est très volumineuse. Au-dessous du tendon du petit pectoral elle perd la moitié de son calibre par l'émission d'une grosse branche dirigée en dehors. Cette branche est le tronc commun de la scapulaire inférieure, de la circonflexe postérieure et de l'humérale profonde. C'est une origine prématurée de ces deux dernières branches. En vertu de la loi de la fusion d'origine, les trois vaisseaux, nés ensemble, se confondent en un tronc commun, qui les fournit successivement.

Diminuée de moitié par l'émission de cette grosse branche, l'axillaire continue son trajet normal jusqu'au bord inférieur du grand pectoral; là elle perd tout à coup les neuf dixièmes environ de son calibre par l'émission d'un énorme vaisseau aberrant.

Celui-ci devient superficiel, passe en avant du biceps et de son tendon, donne, au pli du coude, une grosse artère radiale, et se dirige aussitôt d'avant en arrière, et de dehors en dedans, pour rejoindre l'artère humérale.

Dans son trajet le long du bras, l'artère humérale avait à peine trois millimètres de diamètre. Elle est restée constamment dans la gaine du nerf médian; elle a fourni plusieurs branches au brachial antérieur, ainsi que la branche qui accompagne le nerf cubital; presque épuisée par ces collatérales, elle semble, au pli du coude, sur le point de

disparaître, lorsqu'elle recouvre tout à coup son calibre normal par le retour du vaisseau aberrant.

Dès lors elle est en tout point parfaitement normale. Elle continue son trajet pendant un centimètre encore, et se termine régulièrement en donnant naissance à une cubitale normale et à une interosseuse normale.

La théorie des branches aberrantes et celle des branches prématurées, expliquent parfaitement cette anomalie remarquable dont je n'ai pas trouvé d'exemple dans les auteurs, et qui eût constitué une classe à part si j'eusse suivi la marche ordinaire.

Extrait des procès-verbaux de la Société Anatomique.

5 et 6. — M. *Broca* présente une anomalie assez compliquée des artères du membre thoracique gauche. La pièce a été prise sur un sujet du sexe féminin. Le membre droit était normal.

L'artère axillaire, au-dessous du bord inférieur du petit pectoral, se divise en deux branches très-inégales. La plus petite de ces branches, grosse comme une radiale ordinaire, continue le trajet primitif de l'axillaire, se place d'abord entre les deux racines, puis au côté interne du nerf médian, et descend le long du bras dans la gaine de ce nerf, sous le bord interne du biceps. Suivant M. *Broca*, ce vaisseau, placé là où est normalement placée l'humérale, ce vaisseau, qui donne l'humérale profonde et la collatérale interne, doit, malgré l'infériorité de son calibre, conserver le nom d'humérale.

La plus grosse des deux branches de bifurcation de l'axillaire est au moins quadruple de la précédente; elle se porte d'abord en dedans pour devenir un peu superficielle et s'éloigne par conséquent de la gaine du nerf médian. Dans le court trajet qu'elle présente dans l'aisselle, cette artère fournit successivement : 1° la thoracique supérieure; 2° la mammaire externe; 3° la scapulaire inférieure;

attentif montre que ces deux explications sont inexactes. En effet, 1^o le plus petit de ces deux vaisseaux du bras présente les rapports normaux de l'humérale, et doit être considéré comme une humérale petite, mais normale ; 2^o L'anastomose du pli du coude n'est point transversale ; elle est oblique de haut en bas et de dehors en dedans, c'est-à-dire du vaisseau anormal vers le vaisseau normal ; 3^o au-dessous de cette anastomose le volume de l'humérale augmente. La circulation dans cette branche anastomotique au pli du coude se faisait, par conséquent, de dehors en dedans, c'est-à-dire de l'artère anormale vers l'artère humérale, ce qui est précisément l'inverse de l'hypothèse de Meckel. Une partie du sang sorti dans l'aisselle du tronc principal du membre rentrait donc dans ce tronc au pli du coude ; c'est là ce que, depuis Haller, on nomme la circulation par des *vaisseaux aberrants*.

En résumé, voici de quelle manière M. Broca envisage cette anomalie : Un énorme vaisseau aberrant se détache de l'axillaire, et fournit dans son trajet la thoracique supérieure, la thoracique inférieure, la scapulaire inférieure, les circonflexes, les artères superficielles et antérieures du bras, l'artère radiale, puis il rentre au pli du coude, dans le tronc principal du membre.

La distribution des artères à l'avant-bras et à la main présente une seconde série d'anomalies. A l'extrémité supérieure de l'avant-bras, il existe trois troncs d'égal calibre, la radiale, l'interosseuse et la cubitale.

Le trajet de ces trois vaisseaux à l'avant-bras est normal ; mais l'inter osseuse, aussitôt après sa naissance, fournit une grosse artère, qui se dirige en avant, parvient à la face postérieure du nerf médian, perfore obliquement ce nerf, et se place à sa face antérieure. Cette artère accompagne le nerf médian jusqu'à la main, passe avec lui sous le ligament annulaire du carpe, et se termine en donnant les collatérales de l'index et la collatérale externe du médius.

De son côté, l'artère cubitale se termine en donnant les collatérales de l'auriculaire, de l'annulaire et la collatérale interne du médius. Aucune communication n'existe, dans la région palmaire, entre la cubitale et l'artère du nerf médian. Le tronc radio-palmaire manque complètement ; il n'y a donc pas d'arcade palmaire superficielle.

4^o la circonflexe postérieure ; 5^o la circonflexe antérieure. L'émission de ces grosses branches diminue à peine de moitié le calibre de ce vaisseau, qui, dès lors parvenu dans la région du bras, descend sous l'aponévrose brachiale, parallèlement au bord interne du biceps au niveau duquel il est placé, en avant par conséquent de la gaine du nerf médian. Au pli du coude, ce vaisseau passe sous l'expansion du biceps, descend encore verticalement dans une longueur de trois centimètres, puis il s'infléchit en dedans, et va, par convergence, rejoindre à angle aigu le tronc de l'humérale proprement dite. Ce vaisseau le long du bras a fourni : 1^o une artère récurrente, qui suit le bord inférieur du grand pectoral, et se porte vers la glande mammaire, où elle s'anastomose par inosculatton avec la quatrième branche perforante de la mammaire interne ; 2^o trois artères au biceps ; 3^o une artère qui naît au-dessous du pli du coude, se dirige en dehors, puis en haut, et se distribue comme la récurrente radiale antérieure ; 4^o une grosse branche qui se dirige en bas, se place entre le long supinateur et le rond pronateur, et se distribue comme la radiale ; 5^o enfin une petite branche qui descend verticalement, et pénètre dans le rond pronateur, par la face postérieure de ce muscle.

Après avoir fourni ces nombreuses branches, ce vaisseau, à peu près double de l'humérale proprement dite, considérée au même niveau, va la rejoindre obliquement. Le tronc commun, qui est le résultat de cette anastomose par convergence, est égal à la somme des calibres des artères qui le composent ; il descend encore parallèlement à l'axe du membre, dans une longueur de deux centimètres, et parvenu au niveau de la tubérosité bicipitale, il se divise en deux branches égales dont l'une se porte en dehors : (c'est l'artère cubitale), tandis que l'autre continue le trajet du tronc primitif et se distribue comme l'artère interosseuse.

M. Broca rappelle que les auteurs ont considéré de deux manières les anomalies de ce genre qui ne sont pas extrêmement rares.

Les uns disent qu'il y a simplement bifurcation de l'axillaire en radiale et cubitale, et que ces deux artères présentent au pli du coude une anastomose transversale. Les autres disent, avec Meckel, que l'artère radiale naît par deux racines, dont l'une vient de l'axillaire et l'autre de l'humérale au pli du coude. Or, un examen



000029022

La radiale enfin fournit l'arcade profonde qui est normale; mais au moment où elle perfore l'extrémité supérieure du premier espace interosseux, elle donne une grosse branche qui se dirige directement en bas, en arrière du premier muscle interosseux dorsal, se réfléchit sous le bord inférieur de ce muscle, passe ainsi dans la région palmaire, où elle devient ascendante, fournit, chemin faisant, la collatérale interne du pouce, et va s'anastomoser par inosculature avec le tronc de l'artère du nerf médian. Cette anastomose eût pu avoir, sur le vivant, de graves conséquences chirurgicales.

Au point de vue purement anatomique, M. Broca fait seulement remarquer qu'en l'absence du tronc radio-palmaire, et en l'absence de branches que la cubitale devrait fournir au médius et à l'index, c'est l'artère du nerf médian, branche de l'inter-osseuse, qui fait les frais de la circulation supplémentaire.



Biblioteka Główna
WUM

