

ticulation scapulo-humérale, le quart supérieur de l'humérus et l'extrémité du muscle coraco-brachial.

Dans le creux de l'aisselle, l'artère *e* est située superficiellement, et il suffit que le bras soit élevé pour qu'elle produise, ainsi que les nerfs qui l'entourent, une légère saillie sous la peau, à la réunion du tiers antérieur aux deux tiers postérieurs de l'espace axillaire. On la trouve (*fig. 192*) entre les nerfs médian *c* et cutané interne, qui sont en avant, et la veine *f* et les autres nerfs, cutané externe, radial et cubital *d*, qui sont en arrière.

Les muscles biceps *a*, triceps *g* et petit pectoral *j*, l'aponévrose antibrachiale *b*, de nombreux ganglions lymphatiques *h*, et moins

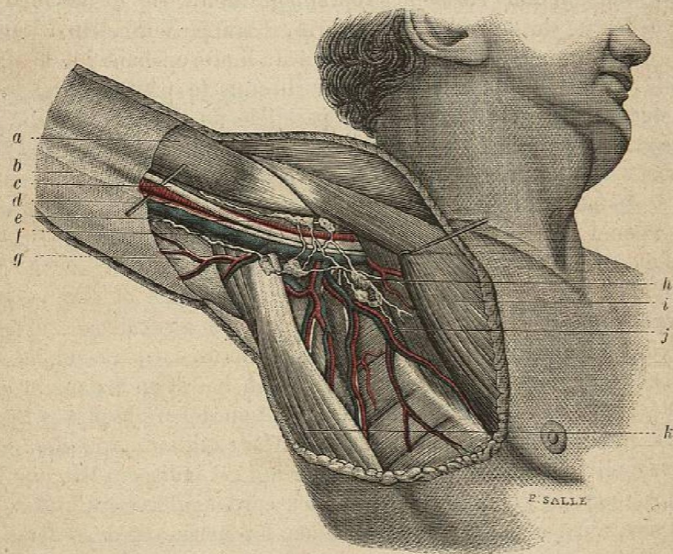


Fig. 192.

immédiatement les muscles grand pectoral *i*, et grand dorsal *k*, dessinent le creux axillaire et forment les rapports de l'artère.

Historique et procédés opératoires. La ligature de l'axillaire a été pratiquée plusieurs fois, avec des résultats différents : tantôt pour des blessures, tantôt pour des anévrysmes. Ce fut à l'occasion d'une maladie de cette nature prise pour un abcès par Dupuytren, alors chirurgien en second de l'Hôtel-Dieu, qui y avait plongé un bistouri, que ce chirurgien proposa le premier en France la ligature de la sous-clavière, exécutée déjà depuis plusieurs années en Angleterre. La plupart des terminaisons fâcheuses observées à la suite de la ligature de l'axillaire dépendaient, soit du degré trop

avancé de la maladie, soit des vices du procédé opératoire. On obtenait difficilement des succès en étreignant avec l'artère les nerfs du plexus brachial, comme cela arriva à White, à Desault et à quelques autres chirurgiens. L'opération a réussi entre les mains de Hall et de Keate, Chamberlayne, Monteih, et de la plupart des chirurgiens de notre époque. C'est une des mieux indiquées.

Au-dessus du petit pectoral. Plusieurs procédés se présentent pour lier l'artère axillaire au-dessus du petit pectoral : ce sont ceux de Hodgson, Keate, Chamberlayne, Lisfranc etc.

Hodgson conseille une incision de 0^m,09 en demi-lune, à convexité inférieure, étendue immédiatement au-dessous de la clavicule, du sternum vers l'acromion (*fig. 193*). On forme ainsi un lambeau qui comprend une partie du grand pectoral et du deltoïde; le plexus vasculo-nerveux est mis à nu, et en abaissant la veine

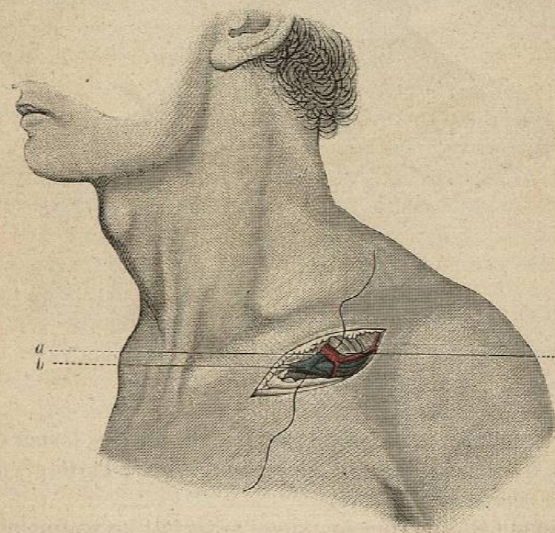


Fig. 193.

axillaire *b*, et la portant légèrement en dedans, on met l'artère *a* à nu, et l'on en achève la ligature en glissant la sonde cannelée entre la veine brachiale et l'artère, et de dedans en dehors. Les nerfs du plexus brachial *c* doivent rester presque inaperçus en haut et en dehors.

Keate fit une incision oblique en bas et en dehors, dans la direction de l'artère, s'étendant du tiers interne de la clavicule à 0^m,09 en dehors, et obliquement en bas. Une partie seulement du