

maigres et à fibre molle, et il serait téméraire de l'entreprendre sur l'homme vivant.

Delpech fit descendre une incision légèrement oblique (*fig. 195*) du point de rencontre du tiers externe avec les deux tiers internes de la clavicule, le long de l'interstice des muscles grand pectoral *a* et deltoïde *c*. Ces deux muscles fortement écartés, le petit pectoral fut divisé au moyen d'une sonde cannelée passée en arrière; introduisant alors l'indicateur gauche au fond de la plaie, et le recourbant en crochet au-dessous de la masse des vaisseaux et nerfs, il les amena au dehors, et lia l'artère *d* au moment où elle s'en-

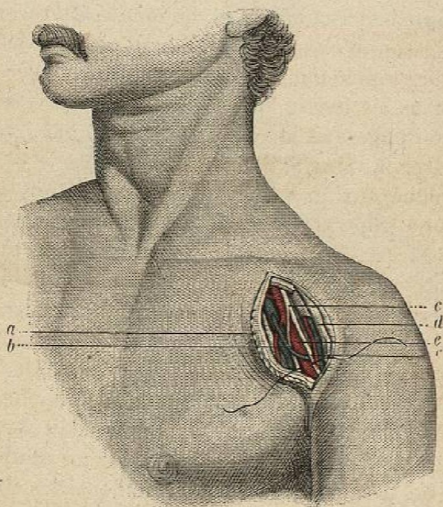


Fig. 195.

gage entre les racines du nerf médian *f*, en ménageant la veine *b*, située en bas et en dedans, et les cordons nerveux du plexus brachial, qui se trouvent en haut et en dehors *e*.

Ce procédé a le grave inconvénient de faire éprouver des tiraillements plus ou moins violents aux nerfs et aux vaisseaux, et de les isoler en déchirant le tissu cellulaire environnant, ce qui doit être évité.

*Dans le creux axillaire.* Le procédé le plus facile pour la ligature de l'axillaire est celui où on la saisit dans l'aisselle. Voici les règles de cette opération: le bras étant mis dans l'élévation et l'abduction, on sent la saillie des nerfs brachiaux et les battements de l'artère à la réunion du tiers externe avec les deux tiers internes

de l'aisselle; c'est dans ce point que l'on pratique une incision longitudinale de 0<sup>m</sup>,06 de longueur; on divise la peau et ensuite l'aponévrose, soit sur une sonde cannelée, soit directement, en s'éloignant des cordons nerveux, pour peu qu'on soit exercé à opérer. On aperçoit aussitôt (*fig. 196*) le faisceau des vaisseaux et nerfs; on abaisse le bras pour relâcher les parties; puis, procédant d'avant en arrière à partir du muscle coraco-brachial *g*, on sépare avec l'extrémité d'une sonde les nerfs: médian *c*, que l'on rencontre le premier, et cutané interne *e* de la veine axillaire *a*, et des autres

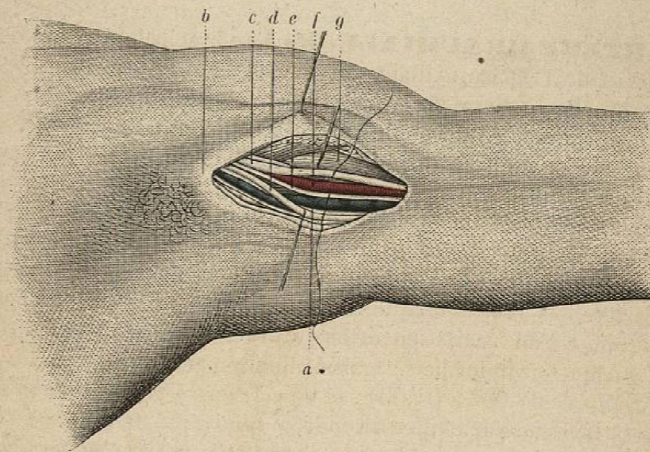


Fig. 196.

nerfs *d*, que l'on repousse en arrière, et l'on trouve l'artère *f* dans cet intervalle; on passe au-dessous d'elle le bec de la sonde d'arrière en avant et de dedans en dehors, pour ménager plus sûrement la veine, et l'on opère la ligature. On pourrait aussi écarter le nerf médian *c* en avant et repousser en arrière le nerf musculocutané interne *e* et la veine *a* de manière à découvrir l'artère *f* (*fig. 196*).

*Appréciation.* On ne peut comparer cette dernière opération à celles qui la précèdent; la facilité est en raison de la position superficielle de l'artère, qui dans ce point est moins volumineuse, plus éloignée du tronc et sans branches considérables. Aussi sera-t-elle toujours préférée par les chirurgiens toutes les fois qu'ils pourront y avoir recours.

Quel que soit, au reste, le point où l'artère axillaire est liée, le pansement est le même, et doit être fait d'après les règles indiquées dans nos généralités.

*Anastomoses.* La circulation se rétablit très-facilement après l'oblitération de l'artère au-dessous de la clavicule, par la communication des artères scapulaires supérieure, postérieure et mammaire interne avec la scapulaire commune, les circonflexes et les thoraciques.

Si la ligature a été pratiquée dans l'aisselle, les voies anastomotiques sont moins nombreuses, parce que ce sont les rameaux musculaires et les récurrentes de la branche collatérale externe de la brachiale qui rétablissent la circulation par leurs anastomoses avec les circonflexes, thoraciques et scapulaires.

**ARTÈRE BRACHIALE.** L'artère brachiale descend obliquement de l'espace axillaire au devant et au-dessous du pli du bras, où elle se divise en artères radiale et cubitale. Placée en arrière, puis au côté interne du coraco-brachial et du biceps, et reposant sur le muscle brachial antérieur, elle n'est séparée de la peau que par l'aponévrose brachiale, et l'on peut en sentir les battements. Elle suit la direction d'une ligne qui se prolongerait du tiers antérieur de l'aisselle au tiers interne et antérieur du pli de l'avant-bras. Le nerf médian, placé supérieurement au côté externe de l'artère, la croise vers le milieu du bras en passant au devant d'elle, puis s'en écarte en dedans vers le coude; les rapports sont quelquefois immédiats; mais ordinairement le nerf est éloigné de l'artère de 0<sup>m</sup>,002 à 0<sup>m</sup>,004, et en est séparé plus rarement par un petit faisceau particulier du muscle rond pronateur allant s'insérer à l'apophyse coronoïde. Le volume et la position superficielle du médian permettent de reconnaître ce nerf en arrière du biceps vers la partie moyenne du bras, et on cherche ordinairement à en constater la présence avec le bout du doigt, dans les amphithéâtres surtout où l'on n'a pas pour se guider les battements de l'artère; il faut prendre garde dans ce cas de confondre le médian avec le nerf cubital, qui est situé plus en arrière; on évite cette méprise en portant le bistouri le long du bord interne du muscle biceps, et en cherchant l'artère dans ce sens d'avant en arrière. Vers le pli de l'avant-bras, l'artère brachiale présente, comme dans le reste de son trajet, deux veines satellites, et est en outre recouverte par l'expansion aponévrotique du tendon du biceps, l'aponévrose qui y est fixée, les filets nerveux du nerf cutané interne et la veine médiane basilique.

*Anomalies.* Les anomalies de l'artère brachiale sont très-communes et ont été bien étudiées par M. le professeur Michel. L'artère se divise souvent en deux branches à partir de l'aisselle ou dans d'autres points de son trajet: c'est une disposition importante, car

on pourrait ne pas remédier à une hémorrhagie, ou au développement d'un anévrysme, en plaçant une ligature sur la branche saine, et laissant libre celle qui serait le siège des accidents.

*Historique. Procédés opératoires.* L'artère brachiale est celle qu'on lie le plus fréquemment, en raison des blessures dont elle est atteinte dans l'opération de la saignée. On a quelquefois employé avec succès la compression contre cet accident; mais ce n'est qu'au moment même où l'artère vient d'être piquée, et lorsque la plaie est très-étroite, qu'on peut réussir; autrement, il faut recourir à la ligature: on évite ainsi les graves dangers que la compression provoque, tantôt en n'empêchant pas le développement d'un anévrysme faux ou variqueux, tantôt en déterminant la gangrène, et par suite des amputations toujours très-graves. On s'est demandé s'il est préférable de lier l'artère au lieu même de sa lésion, ou à quelques centimètres plus haut, selon la méthode d'Anel. Les considérations que nous avons exposées au sujet du traitement des anévrysmes et des plaies artérielles répondent à cette question, et des faits nombreux démontrent que dans le cas de blessures ou d'anévrysmes il vaut mieux mettre l'artère à découvert dans le point affecté, et la lier au-dessus et au-dessous de la plaie. En cas de nécessité, la méthode d'Anel donne aussi des résultats heureux:

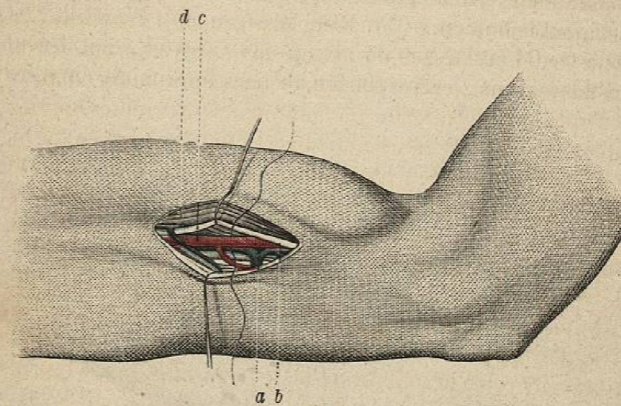


Fig. 197.

je l'ai vu appliquer au Val-de-Grâce, par Lacreteille, pour un anévrysme variqueux déjà ancien, dont la guérison fut complète; j'ai obtenu un succès semblable dans un cas où la gangrène du pli du bras, causée par une compression mal faite, ne permettait pas d'autre conduite; Gama, ex-chirurgien en chef du Val-de-Grâce, dont la mémoire est restée vénérée par tous ses anciens élèves, a