

l'acromion, sur l'apophyse coracoïde et sur le col de l'omoplate. On passera en revue ces diverses parties.

3° En l'absence des lésions précédentes, on aura affaire à une contusion ou à une entorse.

S'il s'agit de lésions inflammatoires, le siège est-il dans le muscle deltoïde, dans les bourses séreuses sous-delloïdiennes, dans l'articulation ou dans le nerf circonflexe? Telles sont les questions qu'il faudra résoudre.

#### DU CREUX DE L'AISELLE OU RÉGION AXILLAIRE.

L'*aisselle* est une cavité située entre le thorax et la racine du membre supérieur, se présentant sous la forme d'une pyramide quadrangulaire; elle est donc limitée par quatre parois, une base et un sommet.

Les parois sont : *antérieure* ou *pectorale*; *interne* ou *thoracique*; *externe* ou *scapulo-humérale*; *postérieure* ou *scapulaire*. La *base* répond à la peau et le *sommet* à l'apophyse coracoïde.

J'étudierai d'abord les parois qui limitent la pyramide, et ensuite les organes contenus dans son intérieur.

*Paroi antérieure ou pectorale.* — Cette paroi est essentiellement constituée par les muscles grand et petit pectoral. Les couches qui la composent sont celles que j'ai déjà énumérées en étudiant la région du creux sous-claviculaire : la peau, la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée, une aponévrose superficielle, le muscle grand pectoral, une couche de tissu cellulaire lamelleux, une aponévrose profonde dans laquelle est compris le petit pectoral, une seconde couche de tissu cellulaire lamelleux et les espaces intercostaux. Entre ces diverses couches rampent des vaisseaux et des nerfs d'importance très secondaire.

La paroi antérieure de l'aisselle est aplatie, sauf dans le cas de phlegmon ou de luxation de l'humérus dans l'aisselle; elle fait alors en avant une légère saillie et *paraît* allongée, sans l'être réellement.

Sur la limite externe de la région existe, entre le muscle deltoïde et le grand pectoral, un interstice cellulo-graisseux dans lequel est située la veine céphalique (VC, fig. 165), qui ne tarde pas à s'enfoncer dans le creux sous-claviculaire pour aller se jeter dans la veine axillaire. Lisfranc conseillait de pénétrer par cet interstice pour découvrir l'artère axillaire sous la clavicule. Il suffit de jeter un coup d'œil sur la figure 165 pour voir que l'artère est située en dedans de cet interstice et qu'il sera bien difficile de manœuvrer à une grande profondeur, à travers une boutonnière musculaire, sans faire des débridements latéraux. L'incision horizontale, parallèle à la clavicule, dont j'ai parlé plus haut, est préférée avec raison.

Si l'on se rappelle la distribution du nerf circonflexe dans le deltoïde, on comprendra qu'une incision pratiquée dans cet interstice permettra d'arriver sur la tête humérale en ménageant complètement ce nerf. C'est le chemin qu'Ollier conseille de suivre dans la résection scapulo-humérale; mais, outre la blessure probable de la veine céphalique, qui présenterait, d'ailleurs, peu de gravité, on arrive ainsi sur l'articulation moins directement qu'avec une incision