

coraco-brachial, et l'on conçoit aisément la compression que peut exercer sur ce vaisseau la tête de l'humérus déplacée du côté de l'aisselle. C'est à ce rapport intime de l'artère avec l'articulation qu'il faut, sans doute, attribuer la fréquence relative des déchirures de l'axillaire à la suite de la réduction des luxations de l'épaule, même récentes. Dans sa thèse d'agrégation, Marchand a rassemblé 26 cas de déchirure de cette artère à la suite de manœuvres de réduction. L'artère axillaire a été fréquemment blessée par coups d'épée, coups de couteau, coups de corne, etc. La meilleure conduite à tenir dans ces cas est, comme toujours, la ligature des deux bouts dans la plaie; cependant, la disposition de cette région, et surtout l'abondance du tissu cellulaire lâche qui permet une infiltration énorme, pourraient rendre à peu près impossible la ligature dans la plaie. C'est pourquoi, dans son article *VAISSEAUX AXILLAIRES* du *Dictionnaire encyclopédique*, Le Fort a formulé la proposition suivante : « S'il faut, pour découvrir la plaie artérielle, pratiquer de larges débridements à travers la paroi antérieure de l'aisselle, il faut s'abstenir, recourir à la ligature de l'axillaire sous la clavicule, ou, ce qui est de beaucoup préférable, lier la sous-clavière. » On n'aura, selon moi, recours à la ligature par la méthode d'Anel que si la recherche des deux bouts dans la plaie est impraticable, ce qui, en définitive, est tout à fait exceptionnel.

A la suite de la réduction d'une luxation de l'épaule, il peut se produire subitement un épanchement sanguin considérable dans l'aisselle, sans néanmoins que le pouls radial cesse de battre : ou bien l'artère aura été déchirée incomplètement, comme dans le cas de Calender (thèse de Marchand); ou bien la déchirure, au lieu de porter sur le tronc principal, aura intéressé les branches collatérales. Je rappellerai que celles-ci, déjà signalées chemin faisant à propos de la région où elles se rencontrent, sont : l'acromio-thoracique, la thoracique longue ou mammaire externe, la scapulaire inférieure et les deux circonflexes antérieure et postérieure. Les épanchements auxquels donne lieu leur rupture peuvent guérir spontanément.

On observe sur le trajet de l'artère axillaire des anévrysmes diffus ou circonscrits. Si l'on est forcé d'agir, il faut suivre la méthode d'Anel, lier entre la tumeur et le cœur. D'après les résultats que la statistique a donnés à Le Fort, le meilleur traitement de l'anévrysme axillaire est la ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes, et encore n'a-t-on sauvé que les deux tiers des opérés. L'important est de se rapprocher autant que possible de la clavicule.

*Veine axillaire.* — Plus superficielle que l'artère, la veine axillaire est également plus volumineuse et la recouvre en partie. Elle est l'aboutissant des veines superficielles et profondes du membre supérieur, moins la veine céphalique, qui va jusqu'au-dessous de la clavicule. Ordinairement simple, elle est quelquefois double. Elle reçoit souvent dans le creux de l'aisselle une des veines profondes du bras (VP, fig. 167) qui croise la face antérieure de l'artère et peut apporter un obstacle à la ligature. La veine axillaire ne présente pas dans l'aisselle l'adhérence avec les tissus fibreux que j'ai signalée à propos du même vaisseau dans le creux sous-claviculaire : l'introduction de l'air est donc moins à craindre à ce niveau. Chose remarquable, les plaies de la veine axillaire ont été signalées beaucoup moins souvent que celles de l'artère. La déchirure à la suite de la réduction des luxations de l'épaule n'a été observée qu'un très petit