

## HUITIÈME LEÇON

### DES TUMEURS KYSTIQUES IDIOPATHIQUES DE L'AISELLE

MESSIEURS,

Le 14 décembre dernier entra dans notre service un jeune homme de quatorze ans, portant sous l'aisselle gauche une tumeur singulière. Nous attirâmes à plusieurs reprises votre attention sur lui, et nous vous fîmes remarquer à chaque fois les phénomènes particuliers que présentait cette tumeur. C'est qu'en effet, Messieurs, l'ensemble des caractères et surtout la fluctuation ne laissent point de doute sur la nature liquide de son contenu. Pourtant, la marche qu'elle avait suivie, l'examen minutieux du squelette ne permettaient pas d'admettre l'existence d'un de ces abcès ostéopathiques si fréquents dans la région.

Nous vous avons même fait observer qu'en présence d'une fluctuation moins nette, toutes les probabilités eussent été en faveur d'un lipome volumineux du creux axillaire. Nous ne pouvions que recourir au mode d'exploration décisif dans ces cas, à la ponction. Nous reconnûmes en la pratiquant que nos hésitations étaient fondées et que nous avons agi sagement en n'affirmant point l'existence d'un foyer purulent. Le liquide qui

sortit était séreux, d'un jaune citrin tirant sur le vert. Par le repos il produisit un coagulum assez épais de nature fibreuse; l'examen microscopique pratiqué quelques jours plus tard démontra qu'il ne contenait point d'hydatides. Nous avons donc eu affaire à un simple kyste séreux développé primitivement dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'aisselle. Ce n'est point, Messieurs, une tumeur ordinaire de cette région, je pourrais même ajouter, sans être en contradiction avec les faits, qu'elle y est extrêmement rare; cette rareté constitue précisément la principale difficulté du diagnostic. Lorsque des collections purulentes se rencontrent si fréquemment dans le creux axillaire, on n'est guère tenté, quand on se trouve en présence d'une tumeur liquide, de songer à un kyste séreux. Nous essayerons donc, Messieurs, de vous tracer l'histoire de cette curieuse affection. En la comparant avec celles qui siègent ordinairement dans l'aisselle, nous arriverons certainement à vous donner le moyen, sinon de la reconnaître avec certitude, tout au moins de la soupçonner avant la ponction exploratrice.

### OBSERVATION IX.

X... est un jeune homme de quatorze ans, d'apparence débile. Il porte au cou une cicatrice laissée là par une adénite suppurée, il y a cinq ans; cette adénopathie fut unique. C'est la seule affection dont le malade ait souffert jusqu'alors. Avant l'apparition de la tumeur axillaire actuelle, il n'aurait jamais rien eu, ni sous l'un ni sous l'autre bras. Jamais il n'aurait rien senti en plaçant la main dans l'aisselle. Jamais il n'aurait eu de douleurs ni de fourmillements dans les membres supérieurs. Il y a deux ans environ que la tumeur aurait débuté. Si nous nous en rapportions à ce qu'il raconte, nous pourrions lui assigner une origine traumatique. Immédiatement avant son apparition, l'enfant aurait été frappé sur le moignon de l'épaule, par une planche tombée d'assez haut et qui le renversa. Je n'ai pas besoin de vous dire, Messieurs, que je suis loin de rattacher les deux circonstances par des rapports de cause à effet.

D'après son récit, notre malade aurait été obligé de garder le lit pendant deux jours à la suite de sa contusion, et aussitôt qu'il se releva il découvrit dans l'aisselle droite une petite tumeur du volume d'une noix,

assez molle et parfaitement indolente. Elle se développa peu à peu et toujours d'une manière régulière n'apporta que peu de gêne dans les mouvements du bras. Quelquefois pourtant, à la suite d'un travail manuel prolongé, le malade aurait ressenti d'abord un peu d'engourdissement, puis quelques élancements douloureux très-passagers dans le bras, l'avant-bras et la main du côté affecté. Sous la seule influence du repos, tous les phénomènes nerveux se calmaient. Ils ne duraient jamais plus d'une demi-heure.

Le volume étant devenu inquiétant, les troubles sensitifs se produisant de plus en plus fréquemment, le jeune homme s'est décidé à venir à l'hôpital.

Au moment de son entrée dans nos salles, nous constatâmes l'état suivant :

Sur la paroi interne du creux axillaire du côté gauche, siégeait une grosse tumeur ovoïde à grand arc antéro-postérieur. Répondant en arrière, au bord inférieur du grand rond, elle paraissait bien localisée et

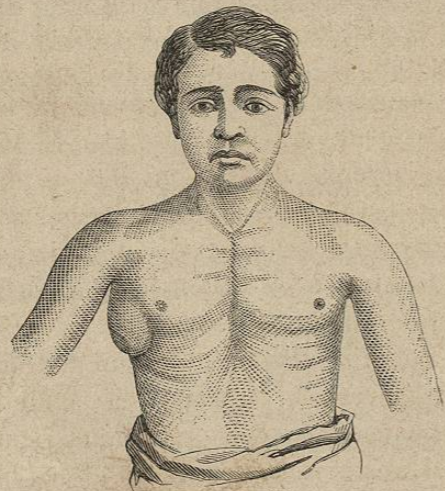


Fig. 18. — Kyste séreux primitif de l'aisselle. (De notre collection.)

ne s'enfonçait point au-dessous de l'omoplate (voy. fig. 18). A la palpation, on constatait une fluctuation assez nette, la surface avait çà et là des inégalités de même consistance que le corps de la tumeur. La peau qui lui servait d'enveloppe était saine. Les vaisseaux du voisinage n'étaient ni variqueux ni dilatés. En palpant avec soin la base de la tumeur, il était impossible de découvrir des ganglions lymphatiques hypertrophiés. Au

cou, dans l'aisselle opposée, on ne trouvait absolument rien d'anormal. La tumeur n'avait apporté aucun trouble dans la circulation du bras. La température et la coloration étaient les mêmes des deux côtés; les radiales battaient avec une égale force. [Le kyste fut traité par la ponction et le drainage au moyen d'un tube de caoutchouc et guéri au bout de huit jours].

Vous connaissez, Messieurs, la suite de l'observation; j'ai ponctionné la tumeur devant vous, et vous avez constaté vous-même les faits que je vous ai brièvement rappelés au début de cette leçon.

Comme je vous le disais, les cas de cette nature sont très-rares. Les travaux les plus récents et les plus complets sur la pathologie de l'aisselle en parlent à peine (1). Un cas a été observé en 1847 par M. Cruveilhier, encore est-ce une simple présentation et non point une observation véritable. Il s'agissait d'un kyste acéphalocyste, trouvé sur un cadavre dans un des pavillons de l'École pratique. Le grand anatomiste fut lui-même frappé de la rareté de ces tumeurs dans l'aisselle. Dans la même séance de la Société anatomique et précisément à propos de la présentation de M. Cruveilhier, M. Maguet fit mention d'un kyste séreux, siégeant au-dessous du tendon du muscle grand rond et ponctionné peu de temps auparavant par Blandin (2). Il est bien fâcheux que ces deux cas n'aient été l'objet que d'une mention tout à fait incomplète. Le médecin qui a vu notre jeune homme avant son entrée dans le service, avait diagnostiqué un lipome de l'aisselle. Chez un malade observé par Birkett (3), la même erreur avait été commise. Ces deux faits sont suffisants pour prouver, comme nous le disions plus haut, qu'il existe entre ces kystes et les lipomes de la région, une ressemblance telle que la ponction seule permet de décider.

Malgré ces difficultés, je crois qu'il est bon, Messieurs, de

(1) V. Dolbeau, art. AISSELLE, in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

(2) *Bulletins de la Société anatomique*.

(3) *A Contribution to the surgical Pathology of sero-sanguineous Cysts in the neck and axilla Medico-surgical Transactions*, t. 1, 1868.

rechercher tous les signes de probabilité, en d'autres termes de tâcher d'établir sur des bases solides le diagnostic différentiel des kystes séreux ou séro-sanguins développés primitivement dans l'aisselle. Nous aurons pour cela à passer successivement en revue :

1° Les lipomes; 2° les tumeurs des ganglions axillaires devenues kystiques à une époque un peu avancée de leur développement; 3° les abcès symptomatiques d'une affection osseuse; 4° les abcès froids idiopathiques; 5° les *kystes d'une région voisine* qui sont venus plus tard faire saillie dans l'aisselle.

1° Les *lipomes* sont presque toujours sous-cutanés; ils sont reliés à la peau par de petits tractus fibreux qui leur donnent une sorte de fixité à la surface. Les vaisseaux cutanés qui les recouvrent sont abondants, dilatés et présentent même de petites varicosités. Dans la plupart des lipomes que nous avons vus dans cette région, il y avait des douleurs assez vives, irradiées vers le bras et le tronc. On serait tenté, à vrai dire, en s'appuyant sur notre observation, de n'attacher que peu d'importance à ce caractère, puisqu'il y a eu de l'engourdissement d'abord, et plus tard de la douleur. Eh bien, Messieurs, dans les deux cas, le symptôme ne suit point la même marche. Chez ce jeune homme il est arrivé tardivement lorsque le kyste avait déjà un certain volume. Son poids, les tiraillements qu'il exerçait sur les parties voisines, entraînent bien certainement pour une forte part dans la production du phénomène.

Dans les lipomes, rien de semblable. La douleur n'est nullement en rapport avec le volume de la tumeur. Les petits lipomes *sont eux-mêmes quelquefois douloureux*. L'analyse raisonnée de ce seul symptôme peut donc rendre de véritables services.

La fluctuation n'appartient pas aux lipomes; cependant, pour une main peu exercée, elle n'est pas toujours facile à percevoir. On trouve des lipomes mous, largement étalés sous les tégu-

ments, s'étendant assez loin vers les parties profondes. Ceux-là sont d'un diagnostic beaucoup plus difficile; c'est à cause de cela que l'on a pu commettre des erreurs et donner comme lipomes des collections liquides enkystées.

Ce n'est point seulement pour les tumeurs kystiques de l'aisselle que le diagnostic est difficile. Au bras, à l'avant-bras et même à la main, on est parfois embarrassé. M. Trélat a vu un lipome de la main, simulant à s'y méprendre, un kyste synovial (1).

Un dernier caractère qui nous permettra, s'il existe, de reconnaître presque sûrement un lipome, c'est le *cloisonnement*. La consistance de la tumeur de notre jeune homme était partout la même; elle n'avait ni divisions ni lobules, et présentait par conséquent avec les lipomes des différences assez nettes pour permettre de l'en distinguer.

Mais lorsque nous avons déterminé la nature liquide de la tumeur, nous n'avons rempli qu'une partie de notre tâche.

2° Les *kystes développés aux dépens d'une tumeur ganglionnaire* ressemblent suffisamment à ceux que nous étudions, pour qu'il soit facile de les confondre avec eux. Dans les ganglions cancéreux, tuberculeux, ou même simplement hypertrophiés, on voit fréquemment se former des cavités kystiques remplies de sérosité simple ou sanguinolente, parfois même de véritable pus. S'il s'agit d'une adénopathie cancéreuse, l'ensemble des phénomènes présentés par le malade est caractéristique et l'erreur est facile à éviter. Elle l'est moins dans la simple hypertrophie, ayant envahi seulement un ou deux ganglions et amené soit l'état caséeux, soit la suppuration. Avant la ponction on ne pourrait faire que des présomptions si une portion de la tumeur, ou quelques ganglions voisins offrant les mêmes caractères, ne demeureraient pas solides. Après elle, au contraire, l'examen histologique, la présence facilement reconnaissable d'une poche adhérente, à la portion restée solide du ganglion, lèvent tous les doutes.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1868, n° 56.

3° Les *abcès ossifluants* sont ordinairement faciles à reconnaître; il suffit de savoir qu'une collection purulente, ayant pour point de départ la colonne cervicale, les côtes, la clavicule, peut gagner l'aisselle pour qu'en explorant attentivement toutes ces régions on se rende compte de l'état des os et l'on évite l'erreur que pourrait entraîner un examen superficiel;

4° Les *abcès froids idiopathiques* sont beaucoup plus difficiles à distinguer des kystes. On peut cependant dire qu'ils ont une marche plus rapide et qu'ils amènent à certains moments une véritable réaction inflammatoire. Mais comme ils sont également rares, c'est là une difficulté de plus, et sans la ponction il serait toujours impossible de rien dire de précis.

5° Quant aux *kystes développés dans la bourse séreuse sous-scapulaire*, ils sont eux-mêmes très-rares. Ils ne siègent point

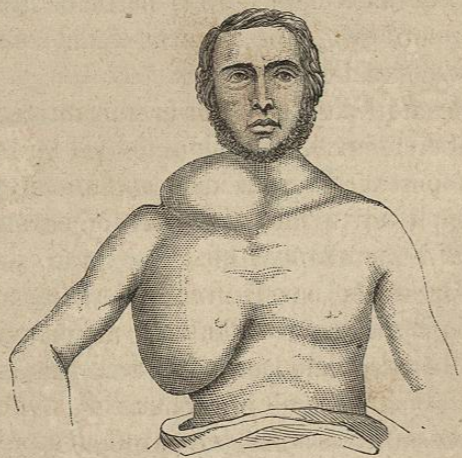


Fig. 19. — Kyste séreux développé primitivement dans le creux sus-claviculaire et ayant gagné l'aisselle. (D'après Birkett.)

comme ceux qui nous occupent, dans le tissu cellulaire du creux axillaire. Dans les mouvements communiqués à l'omoplate, ils produisent des craquements particuliers perceptibles pour l'oreille et pour la main. Ceux qui se développent aux dépens

de la séreuse articulaire en différent trop pour qu'il soit nécessaire de s'y arrêter.

Je viens de vous signaler, Messieurs, les difficultés véritables, les seules avec lesquelles on doit compter en réalité. Je n'ai pas cru nécessaire de vous énumérer toutes les tumeurs de l'aisselle. Les abcès chauds, les anévrysmes, les collections purulentes venant de la plèvre ont toutes des caractères spéciaux. On ne commettra jamais d'erreur en pareil cas.

Je m'en suis tenu à l'étude du kyste séreux primitif de l'aisselle. La question deviendrait tout autre si j'avais voulu embrasser du même coup d'œil tous les kystes qui peuvent gagner cette région, toutes ces variétés de tumeurs étudiées par Maunoir de Genève (1), Joseph Gilles (2), Paul Bouché (3), désignées sous les noms d'hydrocèle hygroma du cou, celles qui se développent dans le creux sus-claviculaire, comme Tillaux et Birkett (voyez fig. 19) (4) en ont rapporté des exemples. Peut-être reviendrons-nous un jour sur cette question, aujourd'hui je ne vous la signale que pour l'éliminer.

Le siège de ces kystes peut varier suivant la longueur des axes du creux de l'aisselle. Les muscles qui forment les parois antérieure et postérieure sont assez volumineux, assez accessibles à la main, pour permettre de fixer toujours avec précision les rapports de la tumeur avec eux.

Je n'ai plus qu'un mot à vous dire sur le traitement. Il est absolument identique avec celui des tumeurs de même nature développées dans d'autres régions, des grenouillettes, par exemple. A la suite de la ponction vous m'avez vu passer un tube à drainage. En le laissant assez longtemps à demeure, nous finimes par amener l'oblitération du kyste.

(1) *Mémoire sur l'hydrocèle du cou*, 1825.

(2) *De hygromatis cysticis congenitis deque novis quibusdam eorumdem exemplis quae in collo et in regione sacri observata sunt*. Roma, 1852 (*Arch. gén. de méd.*, 1853).

(3) *Étude sur les kystes congénitaux du cou* (Thèses de Paris, 1868, 214).

(4) *Kyste séreux du creux sus-claviculaire droit présentant des signes insolites* (*Bulletin de thérapeutique*, 1868).

Ce mode de traitement dont vous connaissez toute la valeur, est incomparablement meilleur qu'une large incision, car il n'expose pas à l'érysipèle qui survient si facilement et si vite dans le milieu hospitalier, il permet de faire aisément le traitement consécutif par les injections iodées; et d'arriver ainsi rapidement et sans difficulté à la guérison.

## NEUVIÈME LEÇON

### DES EXOSTOSES OSTÉO-CARTILAGINEUSES DES OS LONGS DES MEMBRES

MESSIEURS,

Les exostoses des os longs des membres sont assez fréquentes. Envisagées au point de vue de leur constitution anatomique, ces tumeurs peuvent être divisées en deux classes :

- 1° Les unes purement osseuses ;
- 2° Les autres formées en partie de tissu osseux et en partie de tissu cartilagineux.

Nous n'avons pas l'intention d'entreprendre aujourd'hui l'étude des exostoses osseuses. Nous ne saurions mieux faire que de renvoyer ceux d'entre vous auxquels ce sujet serait peu familier à la seconde édition de l'ouvrage de Nélaton, dans lequel nous avons exposé nos idées particulières sur ce point de la science. Nous vous parlerons seulement de cette variété que les auteurs ont appelée tour à tour *exostoses de développement, des adolescents, de croissance, etc.*, mais nous n'adopterons exclusivement aucune de ces dénominations, parce que toutes sont insuffisantes pour bien les caractériser. Nous préférons leur donner un nom qui ne préjuge rien sur leur origine, et les appeler exostoses *ostéo-cartilagineuses*, conformément à leur