

le premier cas, tous les ligaments sont rompus, et la clavicule, au dire d'A. COOPER, passe en avant du sternum entraînant avec elle le fibro-cartilage inter-articulaire; ce déplacement du fibro-cartilage n'a jamais été démontré anatomiquement. Dans la luxation incomplète, la partie antérieure de la capsule est seule distendue ou déchirée.

**Symptômes. Diagnostic.** — Au moment de l'accident le blessé ressent une vive douleur bientôt suivie d'un gonflement de la région articulaire s'étendant quelquefois dans les environs. Malgré ce gonflement, la vue et le toucher permettent de constater au-dessous de la fourchette sternale, une saillie anormale et une dépression au-dessus de cette tumeur. Cette saillie diminue si le chirurgien attire les épaules en avant; elle descend s'il pousse l'épaule en haut, elle remonte s'il la baisse. Le chef claviculaire du sterno-cléido-mastoïdien fait un relief insolite, et la mensuration révèle une diminution de l'espace qui sépare l'acromion du côté malade de la partie médiane du sternum.

Lorsque la luxation est incomplète, il existe simplement au niveau de l'extrémité sternale une légère saillie qui augmente si l'on porte l'épaule en arrière.

**Pronostic. Traitement.** — Nous répéterons ce que nous avons déjà dit à propos des luxations sus-acromiales; ici encore la contention est très difficile et les mouvements se rétablissent avec la plus grande facilité en l'absence de toute intervention.

Pour faire la réduction, le chirurgien appuyant une main sur l'épaule du côté luxé, la repousse en arrière, pendant qu'avec les doigts de la main restée libre il presse sur la clavicule pour la forcer à revenir en place. HAMILTON prétend que, dans onze (11) luxations qu'il a été appelé à traiter, la réduction n'a jamais été obtenue d'une façon complète. MÉLIER, DEMARQUAY ont préconisé des corsets en cuir bouilli munis de pelotes à ressort destinées à maintenir la clavicule dans sa position normale. NÉLATON, dans le même but, se servait du bandage herniaire anglais dont le ressort passe sous l'aisselle du côté sain. La simple écharpe de MAYOR nous paraît préférable à ces appareils dont l'avantage est loin d'être démontré.

**2° Luxations en arrière ou rétro-sternales.** — Niée par J.-L. PETIT, BOYER, LAUGIER, admise par DESAULT et A. COOPER, cette luxation est aujourd'hui établie par des observations incontestables. Elle reconnaît pour cause une impulsion forcée de l'épaule en avant ou un traumatisme agissant d'avant en arrière sur l'extrémité interne de la clavicule.

La tête de la clavicule, chassée en arrière et en dedans ou en arrière et en bas, plonge dans le tissu cellulaire du médiastin, les ligaments sont rompus; le sterno-cléido-mastoïdien a été parfois déchiré.

**Symptômes.** — Douleur vive, exaspérée par les mouvements du bras et la rotation de la tête, gêne des mouvements de l'épaule, difficulté de la respiration et de la déglutition, phénomènes de compression du côté de l'artère sous-clavière, tels sont les symptômes fonctionnels. L'attitude du malade est analogue à celle que prennent les sujets atteints de fracture de la clavicule, la palpation permet de constater une dépression profonde, l'épaule se rapproche de la ligne médiane.

**Traitement.** — La réduction s'obtient en portant l'épaule en haut, en arrière et en dehors; le meilleur moyen pour assurer la contention consiste, d'après HAMILTON, à tenir le malade au lit, en plaçant un coussin entre ses deux omoplates. Il vaudrait mieux, à l'exemple de LENOIR, fixer ce coussin à l'aide du huit postérieur des épaules et permettre au patient de se lever.

**3° Luxation en haut.** — HAMILTON a réuni quinze (15) cas de cette variété de luxation, dans lesquels l'accident semble avoir été produit par une force agissant de haut en bas sur le moignon de l'épaule.

Les symptômes fonctionnels sont peu accusés. En revanche, l'épaule est abaissée, l'espace qui sépare la clavicule de la première côte paraît notablement augmenté, l'extrémité interne de la clavicule fait une saillie appréciable au-dessus de la fourchette sternale. En tirant l'épaule en dehors, pendant qu'un aide exerce une pression sur la clavicule de manière à la refouler, il est facile de remettre les os en place. MALGAIGNE ne croit pas à la possibilité d'une contention assez parfaite pour que la guérison se fasse sans difformité. Les bandages de DESAULT et de GERDY sont préférables ici aux autres appareils.

## 4° LÉSIONS INFLAMMATOIRES

**Bibliographie.** — a. *Ostéite.* — ROUX, *Gaz. des Hôp. de Paris*, 1834. — DELPECH, *Bull. de la Soc. anat.*, 1842. — ERICHSEN, *Lancet*, London, 1864. — THOMPSON, *Brit. Med. Journ.*, London, 1872. — GAYDA, *Recueil de mém. de méd. milit.*, 1876. — GRADE, *Arch. méd. belg.*, 1881. — b. *Arthrites.* — BRUN, Thèse de Paris, 1881. — H. BOUSQUET, *Soc. de chir.*, 1885.

**1° Ostéites. Ostéo-périostites.** — La clavicule, constituant un des lieux d'élection des ostéo-périostites de nature syphilitique, doit être explorée tout d'abord chez les sujets atteints d'accidents tertiaires. Parmi les états morbides susceptibles de déterminer des poussées inflammatoires du côté des clavicules, nous devons encore signaler chez les adultes, les traumatismes, le rhumatisme et la blennorragie.

A la suite des fractures de la clavicule, et surtout des fractures par coups de feu, il n'est pas rare de voir se former des séquestres ou survenir des nécroses assez étendues pour nécessiter une intervention chirurgicale.

Chez les enfants, les manifestations tuberculeuses l'emportent de beaucoup sur les précédentes; tantôt les lésions débutent par le périoste (périostite tuberculeuse), tantôt un tubercule se développe en un point de l'os et donne lieu à la formation de trajets fistuleux.

Le traitement de ces différentes manifestations est subordonné aux règles que nous avons établies à propos des lésions osseuses en général, il est inutile d'y revenir; nous ferons remarquer toutefois qu'en cas de suppuration le chirurgien doit se hâter de donner issue au liquide purulent, car celui-ci a une tendance manifeste à fuser du côté de la cavité thoracique, complication redoutable qui expose le malade à tous les dangers d'un abcès du médiastin.

**2° Arthrites.** — Les articulations sterno-claviculaires et acromio-clavicu-

laire sont, de temps à autre, le siège de poussées inflammatoires qui peuvent être primitives ou consécutives aux lésions de voisinage. Les arthrites primitives reconnaissent pour cause les traumatismes (contusions, exostose, luxation) ou une affection générale (tuberculose, rhumatisme); l'arthrite sterno-claviculaire se montre aussi sous l'influence de la blennorrhagie; l'un de nous en a rapporté récemment deux observations bien nettes à la Société de chirurgie.

Il est assez difficile de diagnostiquer l'arthrite acromio-claviculaire, les souffrances qu'elle occasionne sont fréquemment rapportées à l'articulation scapulo-humérale; le gonflement et la douleur bien localisés permettent néanmoins de trancher la question.

L'arthrite sterno-claviculaire détermine une tuméfaction notable des tissus au niveau de la partie interne de la clavicule; elle s'accompagne de douleurs vives, qu'exaspèrent les mouvements du membre supérieur; sous l'influence de l'inflammation, il se produit toujours un certain degré de subluxation appréciable à la vue et au toucher.

La suppuration de cette articulation est considérée comme une complication grave, en raison du voisinage du médiastin. Dans l'observation rapportée par BOUSQUET la guérison fut rapide, mais, huit mois après, il persistait une subluxation de la clavicule et les mouvements de l'articulation étaient supprimés; le malade du reste ne paraissait pas incommodé par cette infirmité.

Immobiliser le membre supérieur et surveiller les accidents généraux nous paraissent les seules indications à remplir tout d'abord, le traitement reste ensuite subordonné aux complications.

##### 5° TUMEURS DE LA CLAVICULE

**Bibliographie.** — PÉTREQUIN, *Bull. gén. de thérap.*, 1841. — BARTLETT, *Saint-Louis Med. and Surg. Journ.*, 1854. — GUERSANT, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1853. — PÉAN, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1862. — RIEDL, *Wien. med. Presse*, 1865. — FÉRÉOL, *Gaz. des Hôp.*, 1870. — BARTON, *Dublin Med. Journ.*, 1874. — WALSHAM, *Path. Soc.*, London, 1876. — POLAILLON, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1885. Thèse de Paris. — 1873, CHEVALIER.

**Fréquence. Variétés.** — POLAILLON et son élève CHEVALIER ont réuni quarante-huit (48) observations de tumeurs de la clavicule, abstraction faite des ostéo-périostites syphilitiques et tuberculeuses.

Dans ce nombre, se trouvent douze (12) tumeurs bénignes et trente-six (36) tumeurs malignes. Le sexe masculin semble avoir une prédisposition spéciale, car nous relevons trente-trois (33) hommes pour quinze (15) femmes. Les tumeurs bénignes se décomposent comme il suit : huit (8) exostoses, un kyste osseux, un enchondrome; les tumeurs malignes comprennent : treize (13) néoplasmes désignés sous les noms de *sarcome*, *ostéo-sarcome* ou *tumeurs fibro-plastiques*, dix (10) tumeurs considérées comme *des cancers* ou *des carcinomes*, quatre (4) *encéphaloïdes*, un fait de tumeur colloïde, six (6) tumeurs pulsatiles, un (1) cas d'enchondrome malin et récidivant.

**Symptômes.** — Les néoplasmes de la clavicule présentent une consistance et un aspect variables; les uns sont fermes, élastiques, lisses ou à peine bosselés, d'autres se ramollissent et forment des tumeurs mamelonnées, fluctuantes. Mêmes différences relativement au volume; il atteint tantôt celui d'un œuf de poule tantôt celui d'une orange ou d'une tête de fœtus. Le point de départ du mal se trouve habituellement dans le tissu médullaire de l'os; dans trois faits observés par REMMERS, FOLLIX, NÉLATON, la masse morbide était implantée sur le périoste.

Ces productions gênent les patients par leur développement; lorsqu'elles ont acquis des dimensions notables, elles occasionnent des phénomènes de congestion; ainsi se produisent de vives douleurs et un œdème très manifeste du membre supérieur. A la longue les parties périphériques se trouvent envahies; pendant les opérations ou à l'autopsie, on a vu fréquemment la veine sous-clavière et le tronc veineux brachio-céphalique englobés au milieu de la tumeur.

**Diagnostic.** — Grâce à la situation superficielle de la clavicule, il est assez facile de reconnaître qu'un néoplasme fait partie intégrante de cet os; cependant, lorsque le développement de la production empêche de préciser son point d'implantation, le diagnostic devient épineux. Le chirurgien examinera alors avec soin la manière dont se comporte la tumeur pendant les mouvements communiqués à la clavicule : si elle suit exactement les mouvements de cet os, son origine claviculaire est évidente; dans le cas contraire il faut explorer les régions voisines et tenir grand compte des commémoratifs.

Ce premier point établi, il s'agit de déterminer la nature du mal; nous ne saurions insister sur ce sujet; les néoplasmes offrent ici le caractère qu'ils ont partout ailleurs, nous renvoyons à l'étude des tumeurs en général.

**Traitement.** — La thérapeutique est subordonnée à la nature de la maladie; il ne viendra à l'idée de personne d'attaquer par l'instrument tranchant les exostoses syphilitiques, contre lesquelles réussit merveilleusement le traitement spécifique.

En présence d'une tumeur maligne, le chirurgien doit se décider entre l'intervention, l'ablation simple de la masse, l'ablation avec résection ou extirpation de la clavicule. Pour donner une idée de la gravité de ces tumeurs et du résultat des tentatives opératoires, nous mettrons sous les yeux du lecteur les chiffres suivants empruntés à l'article de POLAILLON. « Sur trente-six (36) tumeurs malignes, sept (7) fois les malades furent jugés inopérables, soit parce que la tumeur était trop volumineuse, soit parce que des productions semblables existaient sur d'autres points de l'économie (dans six (6) observations, il y eut généralisation de la diathèse cancéreuse, cachexie et mort; dans un cas, la malade mourut des suites de l'inflammation suppurative de sa tumeur); vingt-neuf (29) fois une opération fut faite pour enlever tout le mal; dans trois (3) cas, le résultat de l'opération est resté inconnu; dans onze (11) cas il y eut mort (sept (7) fois par récurrence de la maladie, cachexie et ses conséquences, quatre (4) fois par suite de l'opération même); dans quinze (15) cas, il y eut guérison.

« Ainsi, en faisant abstraction de trois (3) cas pour lesquels le résultat est resté inconnu et de quatre autres dans lesquels la mort a été la suite de

l'opération elle-même, il reste vingt-neuf (29) néoplasmes ayant causé quatorze (14) fois la mort, soit après une opération, soit sans opération. Et les quinze (15) guérisons laissent bien des doutes, parce qu'on a rarement pu suivre les opérés pendant assez longtemps pour s'assurer qu'il n'y avait pas récurrence. »

## CHAPITRE II

### AFFECTIONS DE L'AISSELLE

#### § 1<sup>er</sup>. — Lésions traumatiques de l'aisselle

##### 1<sup>o</sup> PLAIES

**Bibliographie.** — LABOULBÈNE, *Soc. de biologie*, 1854. — BAUDENS, *Gaz. des Hôp.*, Paris, 1836. — L. LE FORT, art. AXILLAIRE du *Dict. encycl. des sciences méd.* — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1875-1878. Thèses de Paris. — 1812, DEBAIG. — 1876, FRESCHARD. — 1881, PFHIL.

Les plaies de l'aisselle, assez rares, sont produites par des instruments acérés, épées, fleurets, couteaux, pénétrant d'ordinaire d'avant en arrière; ailleurs il s'agit de chutes sur un corps pointu; aux armées les coups de feu du creux axillaire sont fréquents.

Suivant que les plaies intéressent la cavité de l'aisselle ou se bornent à léser les parois, il y a une distinction importante à établir; les premières offrent une gravité bien supérieure à celle des dernières qui en général guérissent facilement. De même les plaies pénétrantes sont simples lorsqu'elles respectent le paquet vasculo-nerveux, compliquées de lésions des veines, des artères et des nerfs dans le cas contraire. Toute la gravité de la blessure résulte alors de cette complication.

Parmi les particularités des plaies simples, signalons la tendance du sang à l'infiltration des divers plans et du tissu cellulo-graisseux, la destruction du parallélisme des couches. On a cru longtemps que ces plaies s'accompagnaient assez souvent d'emphysème; l'aisselle jouant le rôle de soufflet aspirerait l'air extérieur par la plaie et l'insufflerait ensuite pendant les mouvements dans le tissu ambiant, mais cet emphysème problématique aurait été confondu avec la crépitation neigeuse des caillots sanguins.

##### 2<sup>o</sup> PLAIES DE L'ARTÈRE AXILLAIRE

Les causes les plus diverses engendrent les lésions de ce vaisseau; aux traumatismes accidentels, tels qu'un coup de corne de taureau chez un torréador,

s'ajoutent les blessures reçues en duel ou dans les tentatives de meurtre, les perforations de l'aisselle par des corps pointus dans des chutes. Il existe dans les auteurs qui ont écrit sur la chirurgie d'armée, des exemples de plaies de l'artère axillaire partielles ou totales. OTIS en relève quatre-vingt-sept (87) exemples pendant la guerre d'Amérique.

Une hémorragie abondante, parfois rapidement mortelle, est la conséquence immédiate de ces plaies. Lorsque la blessure est largement ouverte le sang s'écoule à flots; si la solution de continuité des parties molles est très étroite, le sang extravasé distend l'aisselle, soulève le grand pectoral en donnant naissance à un anévrysme diffus primitif. La formation d'un caillot qui obture la plaie de l'artère ou la syncope sauvent quelquefois la vie des blessés en assurant l'hémostase provisoire.

Dans tous les cas, les battements du pouls radial ont beaucoup perdu de leur force ou sont imperceptibles et le membre devient froid. C'est là un indice précieux pour le diagnostic, car il permettra de distinguer la lésion du tronc de l'axillaire de celle de ses branches. En outre l'interruption du pouls explique la fréquence relative de la gangrène plus ou moins étendue du membre supérieur. Si le malade échappe aux accidents primitifs, il se trouve encore exposé à un certain nombre de complications ultérieures; ainsi l'hémorragie réparaît souvent le lendemain ou les jours suivants avec une ténacité désespérante; d'autres fois les caillots sanguins accumulés dans l'aisselle en amènent l'inflammation et la suppuration. La terminaison par la formation d'un anévrysme n'est pas moins redoutable et ces divers accidents ne laissent pas que de compromettre gravement l'existence. Sur quarante-deux (42) faits, LE FORT trouve seize (16) morts. Sur quatre-vingt-sept (87) blessures de l'artère axillaire relevées pendant la guerre d'Amérique, soixante-seize (76) soldats moururent et onze (11) seulement guérirent; cinquante-six (56) succombèrent à l'hémorragie ultérieure, six (6) à la gangrène.

**Traitement.** — 1<sup>o</sup> *Conduite à suivre en cas d'hémorragie primitive.* — La question de l'intervention chirurgicale offre une importance capitale. Lorsqu'il y a hémorragie extérieure et que le chirurgien arrive à temps, la conduite à suivre n'est pas discutable: Il convient d'assurer promptement l'hémostase provisoire par les moyens ordinaires et ensuite l'hémostase définitive. En pareil cas on donnera la préférence à la ligature des deux bouts du vaisseau dans la plaie. Malheureusement, dans l'espèce, ce grand principe n'est pas d'une application très simple; pour cette raison les opinions des auteurs sont quelque peu contradictoires. La ligature de l'axillaire dans l'aisselle exige des débridements considérables, et l'opération, dans les conditions d'un traumatisme, reste fort laborieuse. Aussi les avis sur cette question lors des discussions de la Société de chirurgie de 1865, 1875, 1876 ont-ils été opposés.

M. PERRIN, GIRALDÈS, TRÉLAT pensent que l'abstention n'a aucun avantage et qu'il faut pratiquer la ligature des deux bouts dans la plaie convenablement débridée.

Cette manière de faire nous semble théoriquement bien préférable à la ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes. Quant à la désarticulation de