

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^{er}. — Lésions traumatiques de l'aisselle

1^o 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^o 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^o *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

l'épaule, elle serait seulement indiquée pour les hémorragies incoercibles, si le plexus brachial était en même temps intéressé.

2° *L'hémorragie est arrêtée spontanément par syncope ou par un caillot.* — GUTHRIE a formellement recommandé, en pareille circonstance, de ne pas intervenir, et nombre d'auteurs ont depuis cette époque soutenu cette façon de voir : parmi eux citons LEGUEST, LANNELONGUE, POLAILLON. Mais ici encore l'accord est loin d'être établi et, contrairement à l'opinion de LE FORT, beaucoup d'auteurs repoussent l'abstention ; si des faits certains démontrent que la guérison spontanée est possible, dans nombre d'autres des hémorragies secondaires ont amené la mort.

Sans doute à l'hôpital il sera possible d'exercer une surveillance active et d'agir à la première alerte ; dans la pratique ordinaire, aux armées, l'intervention nous paraît rationnelle ; elle seule donne la tranquillité au blessé et au chirurgien et la ligature pratiquée d'emblée, dans de bonnes conditions, est plus sûre que l'intervention tardive.

D'ailleurs, par mesure de précaution, on pourra, suivant le conseil de CRAS, placer au préalable un fil d'attente sur l'artère sous-clavière.

3° *L'hémorragie arrêtée primitivement reparait plus tard.* — Les exemples d'hémorragie consécutive à la suite de plaies de l'axillaire sont loin d'être rares : assez souvent c'est la suppuration qui détruit les caillots et amène la reproduction de l'écoulement sanguin. Ailleurs il s'agit de l'inflammation d'un anévrysme diffus primitif, comme dans un cas de TERRIER. Les traitements palliatifs tels que la compression directe, la compression digitale de la sous-clavière, constituent seulement des moyens provisoires. L'intervention s'impose, bien que les auteurs diffèrent sur l'opportunité de telle ou telle opération. DESPÈRES recommande encore la ligature des deux bouts du vaisseau dans l'aisselle débridée, malheureusement l'opération offre presque toujours de si grandes difficultés que la plupart des chirurgiens, en pareille occurrence, ont préféré porter le fil entre le cœur et la blessure artérielle, par la méthode d'Anel, soit sur l'axillaire, soit sur la sous-clavière.

Ligature de l'axillaire. — Le fil porté sur l'axillaire n'interrompt pas fatalement le cours du sang dans le membre supérieur, mais pour cette raison, cette ligature n'empêche pas l'hémorragie récurrente par le bout périphérique. Ou elle est suffisante pour assurer l'hémostase et alors le membre se gangrène, ou bien elle est inutile. Les résultats obtenus confirment cette manière de voir. Sur onze (11) ligatures de l'axillaire par la méthode d'Anel, nous relevons onze (11) insuccès. Les hémorragies ultérieures ou la gangrène en sont la conséquence commune. Dans un tableau général des ligatures de l'axillaire pour plaies par armes à feu, HUNTINGTON trouve quarante-neuf (49) ligatures de l'axillaire avec sept (7) guérisons et quarante-deux (42) morts, soit une mortalité de 85 p. 100. On voit par là combien on devra peu compter sur cette opération.

Ligature de la sous-clavière. — En reportant la ligature sur la sous-clavière en dehors des scalènes, les conditions semblent bien préférables ; on n'empêche pas le rétablissement du cours du sang par les anastomoses des scapulaires et les chances d'hémorragie secondaire paraissent moindres. Sur quarante-deux (42) cas de blessures de l'axillaire, LE FORT note dix-sept (17) ligatures

de la sous-clavière avec douze (12) guérisons. PFHLM mentionne six (6) fois cette ligature sur dix (10) autres faits avec cinq (5) guérisons. Bien que les résultats de la guerre d'Amérique ne soient pas aussi encourageants, puisque l'on trouve trois (3) succès sur seize (16) opérés, nous pensons avec LE FORT, LE DENTU, etc., que c'est l'intervention la moins mauvaise, surtout si l'on cherche à la compléter par la ligature des deux bouts divisés dans la plaie.

Désarticulation de l'épaule. — Cette opération doit être, ainsi que nous l'avons dit, considérée comme une ressource ultime, mais il vaut mieux y recourir que d'abandonner un blessé en cas d'hémorragies secondaires incoercibles. Si, après avoir lié la sous-clavière, il est impossible par la ligature des bouts divisés dans la plaie de se rendre maître de l'écoulement, le sacrifice du membre nous semble rationnel ; il en sera de même lorsque la gangrène envahit la main.

Plaies des branches de l'artère axillaire. — Ces lésions offrent beaucoup moins de gravité que les précédentes et se produisent dans des conditions analogues ; les branches les plus fréquemment atteintes sont les artères circonflexes et la scapulaire inférieure. OTIS a relevé pendant la guerre d'Amérique trente-deux (32) plaies des artères circonflexes qui donnent douze (12) morts et vingt (20) guérisons. Sur treize (13) lésions de l'artère scapulaire inférieure, il y eut quatre (4) guérisons et neuf (9) morts.

Il s'en faut que le diagnostic de semblables plaies artérielles soit aisé. L'écoulement sanguin est en général moindre que pour l'axillaire ; en outre, le pouls radial persiste et le refroidissement du membre est bien moins sensible. Ici encore la ligature des deux bouts du vaisseau divisé dans la plaie s'impose, le chirurgien devra pratiquer les débridements nécessaires. Les chiffres cités plus haut montrent que ces traumatismes exposent à de réels dangers.

3° PLAIES DE LA VEINE AXILLAIRE

Par son volume et sa situation, la veine axillaire semble plus exposée aux plaies que l'artère ; cependant les observations publiées sont assez rares. LE FORT attribue cette particularité à ce fait « que les plaies des veines n'exigent pas, comme celles des artères, des opérations difficiles et hardies ; à ce qu'elles ne mettent pas ordinairement en danger immédiat la vie du blessé et qu'elles ne laissent pas après leur guérison subsister des affections redoutables et nécessitant, comme les anévrysmes traumatiques, l'intervention de la chirurgie. » Néanmoins la veine axillaire a été à diverses reprises ouverte pendant l'extirpation des tumeurs, des ganglions cancéreux de l'aisselle. Il en résulte une hémorragie abondante de sang noir que la compression du bout périphérique fait cesser. On ne saurait assurément comparer les dangers de semblables blessures à ceux de la plaie artérielle ; mais plusieurs fois les malades ont succombé à l'entrée de l'air dans la veine, à la phlébite, à la pyohémie. Dans d'autres circonstances la circulation de retour du membre supérieur est gênée, d'où l'œdème et même la gangrène dans les cas graves.

Si la veine est lésée en même temps que l'artère, la vitalité du membre se

trouve presque toujours compromise. Quelques observateurs ont noté la production d'anévrysmes artério-veineux (DUPUYTREN, LARREY, LEGUEST, NOLL).

En présence d'une plaie de la veine, que l'on reconnaîtra aux caractères de l'écoulement sanguin décrits ailleurs, il est indiqué de lier les deux bouts du vaisseau divisé en s'entourant des précautions de la méthode antiseptique; on aura aussi quelque chance d'éviter la pyohémie que PIROGOFF a observée souvent en pareille occurrence. Si une gangrène étendue survenait, le chirurgien devrait se résoudre à amputer l'épaule.

4° CICATRICES VICIEUSES DE L'AISELLE

Les cicatrices de l'aisselle se forment dans deux circonstances différentes : 1° les unes résultant d'un phlegmon de la cavité de l'aisselle modifient les fonctions et empêchent les mouvements de l'épaule; 2° les autres, en quelque sorte indirectes, produites par les larges brûlures, font adhérer le bras à la poitrine; il semble que le membre supérieur devient palmé.

Comme conséquences de ces adhérences, signalons une impuissance considérable, l'atrophie des muscles et même de tout le membre supérieur. Prévenu d'une semblable éventualité, le médecin ne négligera rien pendant la cicatrisation des abcès ou des brûlures, pour empêcher, dans la mesure du possible, ces rétractions et les soudures vicieuses. La mobilisation de l'épaule en temps opportun, les greffes, les lambeaux autoplastiques permettront de prévenir cette complication tardive, mais les échecs sont malheureusement très communs. Trop fréquemment le malade vient consulter pour une cicatrice vicieuse, de telle sorte qu'il faut alors instituer un traitement curatif, palliatif ou chirurgical. A cet effet on aura recours au massage, à la gymnastique, à la section des brides, aux incisions multiples en V pour mobiliser la cicatrice; l'autoplastie pourrait encore offrir des ressources, ce traitement est toujours très lent.

S'agit-il de brûlures qui ont amené les adhérences du bras à la poitrine, les chances de l'intervention, plus problématiques, sont subordonnées à l'étendue de la soudure, à l'état des parties voisines et du membre supérieur. On pourra essayer de séparer le bras du tronc, en commençant par passer un drain à la partie supérieure de la palmure, pour amener une perforation bien cicatrisée qui servira de commissure après la section du reste de la bride. DESPRÈS aurait réussi par ce moyen, qui ne remédie qu'à une partie de l'infirmité sans favoriser notablement la restitution des fonctions.

§ 2. — Lésions inflammatoires

Bibliographie. — BLANDIN, *Gaz. méd. de Paris*, 1837. — BROCA, *Arch. gén. de méd.*, 4^e série, t. XXII, p. 385-422, 1850. — VELPEAU, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1840, p. 269, et *Gaz. des Hôp.*, 1854. — CHASSAIGNAC, *Gaz. des Hôp.*, 1855. — VERNEUIL,

Arch. gén. de méd., 5^e série, t. IV. — TACHARD, *Revue méd. de Toulouse*, 1876. — GOSSELIN, *Gaz. des Hôp.*, 1878, p. 219.
Thèses de Paris. — 1837, VANLAER. — 1852, GOCHERAND. — 1855, MILLET. — 1856, BRIBAND.

1° PHLEGMONS ET ABCÈS DE LA PAROI ANTÉRIEURE

Bibliographie. — LESIGNE, Thèse de Paris, 1882-1883.

Les différents plans musculaires et aponévrotiques qui constituent la paroi antérieure de l'aisselle sont quelquefois le siège de phlegmons. Ils reconnaissent pour cause des coups, des contusions, le séjour d'un projectile, les lymphangites périphériques ou profondes.

Anatomiquement on peut en distinguer trois variétés, suivant qu'ils apparaissent : 1° dans le tissu cellulaire sous-cutané; 2° dans la gaine du grand pectoral; 3° entre le grand et le petit pectoral. Quant aux phlegmons qui débutent sous le petit pectoral, ce sont les abcès profonds de l'aisselle, sur lesquels nous reviendrons.

L'existence des plans et des loges aponévrotiques nous explique la marche des collections purulentes. Celles qui occupent le tissu sous-cutané méritent une simple mention; il suffit de faire contracter le grand pectoral pour s'assurer que la fluctuation ne disparaît pas. Les abcès situés sous le grand pectoral soulèvent le muscle en avant, la région devient tendue, douloureuse, sans que la peau, au début du moins, perde son aspect normal. Saisissant entre les doigts des deux mains la paroi pectorale, le chirurgien s'assure que l'aisselle est libre et que le gonflement siège dans les masses antérieures. Parfois il sera possible de percevoir la fluctuation à la partie inférieure du muscle au niveau de l'interstice qui sépare les deux pectoraux. On a vu le pus envahir consécutivement l'aisselle, VELPEAU en a relaté des exemples.

Traitement. — Les abcès inter-pectoraux doivent en général être ouverts à la partie inférieure du muscle grand pectoral; cependant si le pus avait tendance à se porter en haut, l'incision pourrait être pratiquée au-dessous de la clavicule. SÉDILLOT conseillait d'inciser vers le sillon qui sépare les deux faisceaux du grand pectoral. Il faudra drainer la cavité et exercer une légère compression pour en amener la guérison.

2° INFLAMMATIONS DE LA CAVITÉ DE L'AISELLE

C'est à VELPEAU que nous devons la plupart de nos connaissances sur les phlegmasies de la région axillaire. Il a été peu ajouté à ses travaux, et nous adopterons encore la division des inflammations de l'aisselle en quatre groupes :

1° Les abcès tubéreux ou phlegmons cutanés; 2° les abcès sous-cutanés;

3° les phlegmons sous-aponévrotiques; 4° les abcès ganglionnaires. Ces deux dernières variétés se confondent en réalité et une seule description leur suffira.

A. *Abcès tubéreux. — Hydrosadénites.* — Les auteurs désignent sous ce nom des petits foyers phlegmoneux, bien décrits par VELPEAU, qui prennent naissance dans la face profonde du derme, dans les glandes sébacées ou sudoripares. Ils surviennent de préférence pendant l'été alors que la transpiration axillaire est abondante; la malpropreté, les sécrétions irritantes, les frottements répétés contribuent à leur production. Lorsqu'ils siègent dans les glandes sébacées, les foyers inflammatoires très superficiels ressemblent beaucoup aux furoncles ordinaires; ils forment des tumeurs bien circonscrites, fort douloureuses, acuminées, rouge violacé, plus tard jaunâtres au centre. Un léger mouvement fébrile accompagne le développement de ces abcès qui se vident insensiblement et généralement par poussées.

L'abcès sudoripare ou *hydrosadénite* diffère un peu du précédent par son siège; il prend naissance dans une glande, acquiert la grosseur d'un pois, reste assez longtemps mobile et indépendant de la peau qu'il ne soulève pas. Souvent le doigt sent plusieurs de ces saillies dans l'aisselle; plus tard, si l'inflammation ne rétrocede pas, la petite tumeur douloureuse adhère à la peau qui devient rouge, légèrement proéminente. Le tissu cellulaire ambiant s'enflamme à son tour et au bout de quelques jours avec un cortège de symptômes généraux fort variables d'un cas à un autre, la fluctuation est perçue. Bientôt la peau amincie se perforé et le pus de bonne nature contenu dans la cavité est évacué au dehors. L'abcès évolue habituellement en deux ou trois semaines.

Ces affections, faciles à reconnaître à la vue et à la palpation, apportent toujours une certaine gêne dans l'exercice des fonctions de l'épaule. A ce titre seul elles doivent attirer l'attention, car par elles-mêmes elles n'offrent aucune gravité. Parfois les poussées successives indiquent un état général mauvais, la glycosurie, etc. Les abcès tubériformes laissent à leur suite une induration lente à se dissiper.

La propreté, l'emploi de lotions astringentes à l'eau blanche, les poudres inertes ou à base de tannin permettent de prévenir, dans une certaine mesure, l'apparition de ces abcès tubéreux. Dès qu'ils existent, les cataplasmes d'amidon arrosés de laudanum deviennent fort utiles pour calmer les douleurs et activer l'évolution du furoncle ou de l'abcès. Au besoin un coup de lancette, en facilitant l'évacuation du pus, hâtera la guérison.

B. *Phlegmons sous-cutanés érysipélateux et diffus.* — Les origines de ces inflammations sont diverses; généralement il s'agit de lymphangites du membre supérieur ou du sein propagées à l'aisselle, ou encore d'adénites sudoripares qui ont rompu leur circonscription primitive.

L'un des principaux caractères de ces collections est leur tendance à la diffusion; elles se portent vers la paroi thoracique, en avant; la peau prend une teinte érysipélateuse qui a fait dénommer l'affection; en même temps les symptômes généraux acquièrent une certaine intensité, comme dans le phlegmon

diffus; tels sont les frissons, l'élévation de la température, les troubles fonctionnels multiples et même les symptômes nerveux. Tout ce cortège dure pendant quelques jours jusqu'à la suppuration qui arrive de bonne heure et se fait remarquer par son abondance, son étendue. Elle est précédée par un empatement de la paroi antérieure.

De larges cataplasmes, un débridement hâtif, les pansements antiseptiques, préférables aux sangsues et surtout aux pommades dites résolutive, feront la base de la thérapeutique. En raison des décollements étendus, la convalescence est toujours très longue; aussi faut-il soutenir les forces des malades.

C. *Phlegmons profonds. Adéno-phlegmons.* — Le tissu cellulo-adipeux, si abondant dans le creux de l'aisselle, devient quelquefois le siège de phlegmons profonds; en raison de leur origine presque constamment ganglionnaire, on les désigne encore sous le nom d'adéno-phlegmons. Toutes les inflammations périphériques propagées aux ganglions axillaires exposent donc à cette variété d'inflammation. D'autres fois les phlegmons superficiels envahissent le tissu cellulaire profond.

Il n'est pas douteux que les symptômes et la marche des affections inflammatoires de l'aisselle ne soient subordonnés à la cause productrice; suivant l'intensité de celle-ci le phlegmon profond affecte une marche fort variable que l'on peut rapporter à deux formes différentes, l'une circonscrite et l'autre diffuse, cette dernière habituellement d'origine septique.

Le phlegmon circonscrit périganglionnaire résulte d'une lymphangite simple du membre supérieur, d'une gerçure du mamelon; il est toujours précédé pendant quelque temps par un gonflement marqué du ganglion qui correspond à la plaie, par un peu d'empatement et de sensibilité de l'aisselle. Si la résolution n'a pas lieu, le tissu cellulaire ambiant s'enflamme, suppure et il en résulte un adéno-phlegmon simple qui se porte vers le creux de l'aisselle sans tendance très marquée à envahir le reste de la région. Les symptômes généraux, quoique assez prononcés, n'atteignent pas une intensité extrême.

Dans l'autre forme qui succède à une piqûre septique, le phlegmon diffus propagé par les lymphatiques envahit tout le creux de l'aisselle et tous les ganglions, aussi la région se tuméfie-t-elle beaucoup; le bras est légèrement écarté du thorax, les creux sus et sous-claviculaires s'effacent, la douleur est vive, la région œdématisée, pâteuse. Quant aux symptômes généraux, ce sont ceux du phlegmon diffus septicémique: frisson, céphalalgie, vomissements, délire, facies plombé, langue sèche fuligineuse, yeux excavés, adynamie profonde, aspect typhique. En même temps il existe une fièvre intense, une respiration plus rapide et le thermomètre reste constamment élevé entre 39° et 41°.

Au bout de peu de jours, si le malade n'a pas été emporté par l'empoisonnement septicémique, une suppuration très abondante s'établit, l'œdème et l'empatement deviennent très marqués; le pus, bridé par les aponévroses distend le creux de l'aisselle, se porte en avant au-dessous du grand pectoral, en arrière entre le grand dentelé et le sous-scapulaire, repousse l'omoplate en arrière; quelquefois on a vu la suppuration fuser le long des vaisseaux et communiquer avec le creux sus-claviculaire; l'ouverture de la col-