

se rendre compte du siège des lésions osseuses et de leur étendue. On devra donc avec le stylet pénétrer jusqu'à l'os et se rendre compte de la consistance de ce dernier ; si la chose est possible, on introduira une sonde cannelée qui donnera des notions plus exactes. A l'aide de cet instrument mû dans tous les sens, on essaiera de définir quelle est la partie atteinte et sur quelle étendue.

Il est parfois difficile, quand on arrive sur des surfaces dénudées, de savoir si elles appartiennent à la tête de l'humérus, à la cavité glénoïde ou aux deux os à la fois. On introduira donc des stylets dans tous les trajets fistuleux s'il y en a plusieurs et on cherchera par leur direction à se rendre compte des parties sur lesquelles ils arrivent. Nélaton a proposé un procédé d'exploration qui est rapporté dans tous les livres quoiqu'il soit bien peu mis en pratique ; le voici : après avoir introduit un ou deux stylets par les fistules jusque sur les points dénudés, on applique l'oreille alternativement sur l'humérus ou sur l'omoplate pendant qu'on percute avec le stylet explorateur. L'intensité et la direction des vibrations sonores indiquerait l'os malade.

Enfin la scapulalgie à son dernier degré peut déterminer une *subluxation pathologique*. Les surfaces osseuses usées ne se correspondent plus, la tête humérale ne fait plus sa saillie ordinaire et fuit de plus la cavité glénoïde détruite en se plaçant en avant et un peu en dedans. L'acromion fait donc saillie, le moignon de l'épaule est aplati et l'axe de l'humérus vient couper l'extrémité sternale de la clavicule. Ce sont bien là les signes de la luxation traumatique. Mais la luxation dans la scapulalgie, alors même qu'elle succède à une cause traumatique ne pourra être confondue avec la luxation ordinaire, à cause de la longueur de la maladie qui a précédé le changement de rapport des surfaces osseuses, à cause de tous les caractères de la tumeur blanche que nous avons énumérés plus haut, y compris les fistules.

On rencontre bien aussi des luxations pathologiques dans la carie sèche de l'épaule, dans l'arthrite tabétique de cette articulation, mais les symptômes qui accompagnent ces affections permettent toujours de distinguer leurs luxations de celle de la scapulalgie.

## DE L'AISELLE

### ANATOMIE CLINIQUE. — EXPLORATION

La région de l'aisselle est constituée par la jonction du membre supérieur avec le thorax ; aussi, « sa forme est extrêmement variable et dépend beaucoup de la position qu'occupe le bras, relativement aux parois thoraciques ». (Richet.) « La région axillaire affecte, lorsque le bras pend le long du corps, dans sa position ordinaire, la forme d'un *pli* profond antéro-postérieur ; quand le bras tout à fait relevé est devenu parallèle à l'axe vertical du corps, elle prend alors l'apparence d'une gouttière verticale que limitent le faisceau coraco-biceps et le grand pectoral en avant, le grand dorsal et le grand rond en arrière ; c'est la gouttière de l'artère axillaire. » (Poirier.) Lorsque le bras est modérément écarté du tronc, on voit alors se constituer le *creux axillaire*, sorte de dépression quadrangulaire, ayant quatre parois, un sommet et une base.

Deux parois limitaient le *pli axillaire*, l'interne, formée par les quatre premières côtes et les espaces intercostaux correspondants ; l'externe, formée par la face interne de la région scapulo-humérale ; l'abduction du bras en fait apparaître deux autres, l'une antérieure formée par le grand pectoral qui se tend peu à peu, à mesure qu'on écarte le bras du tronc, l'autre postérieure constituée par le grand dorsal et le grand rond. Le sommet n'est autre que le *canal axillaire*, limité en bas par la première côte, en haut par la clavicule, en dehors par l'apophyse coracoïde ; il donne passage aux vaisseaux et nerfs qui du cou traversent l'aisselle pour se rendre au bras, et correspond, assez exactement, au milieu de la clavicule.

Quant à la base, elle est constituée par une peau fine recouverte de poils ; elle est déprimée vers le sommet, par suite de l'insertion du ligament suspenseur de l'aisselle à sa face profonde.

Ces données anatomiques étaient utiles à rappeler. La présence du canal axillaire nous explique la propagation facile des suppurations du cou à l'aisselle et vice versa ; la minceur de la paroi interne, constituée par la partie supérieure du gril thoracique, nous permet de comprendre l'ouverture de certains abcès de la poitrine dans l'aisselle, et la propagation des inflammations de l'aisselle, à la plèvre et au poumon. En ce qui touche la paroi externe du creux axillaire il est bon de rappeler que, dans un espace compris, d'une part entre le tendon du muscle sous-scapulaire et le bord supérieur du muscle grand rond ; de l'autre entre la longue portion du biceps en avant, le faisceau coraco-biceps en arrière, la capsule articulaire répond directement au tissu cellulo-graisseux du creux axillaire, et qu'il est dès lors possible, le bras étant dans l'abduction, d'explorer la tête humérale, de reconnaître la fluctuation qui révèle les épanchements abondants de l'articulation de l'épaule.

La peau de l'aisselle contient, comme le reste du tégument cutané, des glandes sébacées qui, quand elles s'enflamment, donnent lieu à de petits abcès dits tubérisiformes. N'oublions pas qu'à sa face profonde, mais non dans son épaisseur, faisant saillie dans le tissu cellulo-graisseux sous-cutané, se trouvent de grosses glandes sudoripares, dites glandes axillaires par Robin, dont l'inflammation aiguë donne lieu à ce que l'on appelle, depuis Verneuil, l'hydrosadénite.

Le tissu cellulo-graisseux sous-cutané, lâche, se continue sans ligne de démarcation avec celui des régions voisines, d'où la diffusion habituelle du phlegmon superficiel de l'aisselle. Cette cavité est-elle fermée en bas par une aponévrose ? Oui pour les uns, non pour les autres ; cela importerait peu d'ailleurs, n'était la question des ganglions sous-cutanés de l'aisselle, sur laquelle nous nous expliquerons tout à l'heure.

Le creux axillaire est rempli d'un tissu cellulo-graisseux abondant qui se continue avec celui du cou, par le canal

axillaire, avec la couche celluleuse qui sépare le sous-scapulaire du grand dentelé, avec le tissu cellulaire qui tapisse la face profonde du grand pectoral ; c'est un tissu de remplissage qui, quand il a été enlevé par une dissection fine, laisse dans le creux axillaire, une véritable dentelle, constituée par les branches nerveuses, artérielles, qui viennent de l'artère axillaire et des cordons du plexus brachial, par les veines qui accompagnent les vaisseaux artériels. Nous n'y insisterons pas ; leur étude est du ressort de l'anatomie descriptive. Nous rappellerons la présence du gros paquet vasculo-nerveux (artère axillaire, cordons du plexus brachial, veine axillaire et son gros canal collatéral) qui traverse la cavité en diagonale, de telle sorte, qu'appliqué d'abord sur la paroi interne ou costale, il est dans le reste de son étendue, accolé à la paroi antérieure ou clavi-pectorale, se rapprochant de plus en plus de la paroi externe qu'il finit par atteindre et où l'artère peut être comprimée sur l'humérus. Ajoutons que, parmi les artères collatérales de l'axillaire, l'une, la scapulaire inférieure, est très volumineuse, ce qui fait qu'on a quelquefois cru, à la suite de sa blessure, à cause de l'abondance de l'hémorragie, à une plaie de l'artère axillaire.

Les affections les plus fréquentes de l'aisselle, sont celles qui portent sur les nombreux *ganglions lymphatiques* qu'elle renferme. Aussi, nous semble-t-il nécessaire de dire quelques mots de leur topographie et des vaisseaux lymphatiques qu'ils reçoivent.

On a beaucoup discuté pour savoir s'il y avait dans l'aisselle des ganglions lymphatiques superficiels, c'est-à-dire situés sous la peau, au-dessous de l'aponévrose qui, d'après la plupart des auteurs, ferme en bas la cavité axillaire. Or, pour quelques-uns, nous l'avons dit, cette aponévrose n'existe pas et la question n'a plus de raison d'être posée. Ce qu'il faut retenir, sans prendre parti pour l'une ou l'autre opinion, c'est que, dans chacun des groupes de ganglions axillaires que nous allons étudier, il en est qui sont très rapprochés de la face profonde de la peau, tandis que les autres sont situés beaucoup plus haut.

*D'une façon générale, c'est sur la paroi interne de l'aisselle qu'il faut chercher les ganglions lymphatiques.*

Cependant il en existe *trois groupes*.

L'un est *externe ou brachial*, il suit, sur la paroi externe ou brachiale, la direction des vaisseaux axillaires ; deux ou trois ganglions de ce groupe sont très rapprochés de la peau de la base de l'aisselle et reçoivent les lymphatiques superficiels du membre supérieur, trois ou quatre autres ganglions, appartenant au même groupe, occupent la gaine des vaisseaux axillaires.

Sur la paroi interne de l'aisselle se trouvent deux groupes ganglionnaires : l'un antérieur ou pectoral (*groupe antéro-interne*) qui occupe l'angle antéro-interne de la pyramide axillaire et qui se compose de glandes, dont les unes petites et superficielles, sont situées sous la peau qui recouvre le bord inférieur du grand pectoral, tandis que les autres, plus profondes, sont accolées pour la plupart, aux branches des vaisseaux mammaires externes. Ces ganglions reçoivent les lymphatiques de la région mammaire.

Le second groupe de la paroi interne (*groupe postéro-interne*) occupe l'angle postéro-interne du creux axillaire, certains des ganglions qui le composent sont voisins de la peau. Les autres sont appendus aux branches de l'artère scapulaire inférieure et sont situés, par conséquent, le long du bord axillaire de l'omoplate. Dans ce groupe, se rendent les lymphatiques des régions scapulaire, lombaire thoracique externe et postérieure, de la nuque. Ces ganglions ainsi que l'a fait remarquer Kuster, sont comme ceux du groupe antéro-interne, souvent intéressés dans les dégénérescences malignes de la mamelle ; cela s'explique bien par les recherches de Sorgius confirmées par Rieffel, recherches qui leur ont montré, qu'il existe de nombreux vaisseaux lymphatiques anastomotiques entre les ganglions du groupe antéro-interne et ceux du groupe postéro-interne.

On voit, d'après ces détails anatomiques, où on devra surtout porter les recherches, dans l'aisselle, selon qu'il s'agit d'affections du membre supérieur, de la mamelle, des régions scapulaire, lombaire, thoracique, de la nuque ; *quoiqu'il en soit, c'est surtout, nous le répétons, la paroi interne qu'il faut explorer dans tous les cas et en premier lieu, car les faits cli-*

niques font quelquefois mentir les recherches anatomiques les plus précises.

**Comment doit-on s'y prendre pour explorer l'aisselle ?** — Comme on peut, quand le bras ne peut être écarté du tronc ; mais, toutes les fois qu'il peut être mis dans une certaine abduction, le procédé le meilleur est celui que recommande le professeur Le Dentu.

Le chirurgien doit se placer devant le malade, le faire asseoir sur une chaise et en faire autant lui-même ; si le patient est au lit, le chirurgien le fera asseoir sur le bord du matelas et se tiendra debout devant lui. Ces précautions prises, supposons qu'il s'agisse d'examiner l'aisselle gauche.

Le chirurgien prendra la main du côté malade, l'appuiera sur son épaule droite et dira à celui qu'il examine, de la maintenir dans cette position. Le bras se trouve alors dans une abduction suffisante, sans que les parois et la base soient tendues, et il est alors facile de palper la cavité et ses limites. Bien entendu, l'exploration variera avec la lésion à laquelle on croit avoir affaire, d'après les signes antérieurement recueillis. S'il s'agit d'une luxation, d'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, c'est à la paroi externe qu'on s'adressera tout d'abord, c'est encore elle qu'on explorera, quand on soupçonne un épanchement articulaire.

Quand on veut explorer la tête humérale, un mouvement d'abduction plus étendu devient nécessaire ; la position précédente doit être abandonnée. Un aide prendra le coude préalablement fléchi à angle droit, le portera plus en dehors ; sans doute le chirurgien peut faire lui-même cette manœuvre, mais il est préférable qu'il la fasse exécuter par un autre, afin d'avoir les deux mains libres pour la palpation méthodique de la tête, des parois antérieure, postérieure et externe de l'aisselle.

S'il s'agit de la recherche de ganglions malades, la main devra rester sur l'épaule du chirurgien, qui tournera la pulpe des doigts du côté de la paroi interne de l'aisselle, et il l'explorera aussi haut que possible.

Une pression douce, déprimant lentement les parties molles, permettra de reconnaître les ganglions, même petits,

chez les sujets qui ne sont pas trop chargés de graisse. La palpation permet encore de se rendre compte de la mobilité des ganglions qui, dans ce cas, roulent sous les doigts qui les pressent, de leur consistance, etc. On n'oubliera, en aucun cas, d'explorer le bord inférieur du grand pectoral, surtout quand il s'agit d'affections du sein.

Parfois, dans les dégénérescences malignes de la mamelle, malgré une palpation des plus attentives, on ne sent pas de ganglions, l'aisselle malade paraît seulement plus pleine que celle du côté sain, qu'il faut toujours examiner comparativement. Cela ne veut pas dire qu'il n'y ait pas de glandes dégénérées, elles sont souvent nombreuses au contraire, mais alors elles sont enfouies dans le tissu cellulaire épaissi, déjà infiltré par le cancer.

Il faut être prévenu, encore, que le volume apparent d'une tumeur ganglionnaire de l'aisselle est loin de répondre toujours à son volume réel; on peut avoir quelques notions à ce dernier point de vue, quand la masse n'est pas trop volumineuse ni adhérente aux parties voisines, en procédant de la façon suivante. On entoure la tumeur avec les doigts d'une main placée le long de la face interne de la paroi postérieure de l'aisselle, tandis que ceux de l'autre main, appliqués également sur la tumeur suivent la face profonde de la paroi antérieure, puis, on enfonce la pulpe des doigts ainsi disposés, vers la paroi interne et le sommet de l'aisselle. On saisit la masse dans son entier et on peut en apprécier le volume qu'on n'aurait guère soupçonné sans cette manœuvre.

#### DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS TRAUMATIQUES DE L'AISSELLE

La *contusion* simple de l'aisselle n'offre aucun intérêt particulier. Elle ne mérite d'attirer l'attention du clinicien que dans le cas où elle est le point de départ de complications plus ou moins graves, portant soit sur les vaisseaux, soit sur les nerfs. C'est surtout dans les luxations antéro-internes de l'épaule, et plus particulièrement encore, à la suite des tentatives violentes faites pour les réduire, beaucoup plus

rarement dans les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus, qu'on observe des lésions du paquet vasculo-nerveux de l'aisselle. Ici, quand l'artère ou la veine est déchirée, il y a toujours un vaste épanchement sanguin qui se fait dans la cavité axillaire, et nous devons rapprocher de ces cas, celui où il s'agit d'une plaie étroite, mais profonde de l'aisselle, à direction oblique, dans laquelle l'écoulement du sang à l'extérieur s'est vite arrêté, l'hémorragie se faisant surtout du côté de l'aisselle. Quand la plaie est large, l'abondance de l'hémorragie externe montre qu'un gros tronc a été lésé, ses caractères indiquent s'il s'agit d'une plaie artérielle ou veineuse, sang rouge, s'écoulant par jets saccadés pour les hémorragies artérielles, sang noir s'écoulant d'une façon continue, arrêté par le tamponnement, pour les hémorragies veineuses.

Qu'il y ait plaie de l'aisselle ou non, la chose importante est de déterminer le *vaisseau lésé*.

**Est-ce l'artère axillaire?** — « Un moyen presque sûr de le reconnaître est d'explorer l'humérale et la radiale; si le pouls a cessé de battre dans ces artères, on peut être sûr que l'axillaire a été blessée. Ce signe est d'autant plus précieux qu'il persiste longtemps et que le pouls radial fait encore défaut, même quand la circulation collatérale s'est rétablie suffisamment pour pourvoir à la nutrition du membre. » (Le Fort.) Un bon signe encore de la rupture de l'artère axillaire est la présence, dans l'aisselle, d'un anévrisme diffus. Il se forme là, après l'accident (contusion ou plaie), une tumeur diffuse dès le début, qui augmente peu à peu, au point de soulever le grand pectoral et même de former deux saillies l'une sous et l'autre sus-claviculaire, ainsi que Pelletan en a rapporté un exemple. De consistance molle, cette tumeur est animée de battements expansifs, isochrones à ceux de la diastole artérielle, et à l'auscultation on entend ordinairement, mais non toujours, un bruit de souffle.

En présence de ces symptômes, il est bien probable qu'on a affaire à un plaie, à une déchirure de l'artère axillaire, mais il n'est pas permis de l'affirmer absolument, car on connaît des cas, rares il est vrai, où un anévrisme diffus a

succédé à une plaie de l'artère scapulaire inférieure, et de plus la science renferme des exemples de persistance du pouls radial à la suite des plaies de l'artère axillaire.

Dans quelques cas, l'apparition d'une gangrène, limitée le plus souvent à la main, à quelques doigts, envahissant plus rarement le membre supérieur tout entier, viendra lever les doutes qu'on aurait pu conserver sur la blessure de l'artère axillaire.

**Est-ce la veine axillaire qui est blessée?** — S'il y a plaie tégumentaire, la couleur du sang, l'arrêt de l'hémorragie par le tamponnement, nous indiquent qu'un gros vaisseau a été touché. Si la peau est intacte, l'examen ayant démontré que la circulation artérielle se fait bien, l'apparition brusque d'une tumeur volumineuse dans l'aisselle, tumeur dépourvue d'expansion et de souffle, doit encore faire penser à une plaie d'un gros tronc veineux. Si on se rappelle que les plaies superficielles de l'aisselle, c'est-à-dire celles qui n'atteignent pas le paquet vasculo-nerveux, s'accompagnent quelquefois d'un thrombus considérable, on voit que le seul diagnostic qui puisse être porté, est celui d'hémorragie veineuse; ce diagnostic est confirmé, dans les jours suivants, par la résorption assez rapide de l'épanchement sanguin. En résumé, en présence des symptômes que nous venons d'étudier, le diagnostic qui doit être porté est celui d'épanchement sanguin, provenant d'une grosse veine de l'aisselle et on devra, tout naturellement, penser à la veine axillaire, mais il n'y a pas de signe pathognomonique qui permette d'affirmer que ce vaisseau a été intéressé. Il nous semble, toutefois, que la rapidité de la formation de l'épanchement, son volume, le développement du réseau veineux sous-cutané, doivent être pris en sérieuse considération, pour porter le diagnostic de plaie de la veine axillaire. Si on songe encore à la facilité avec laquelle s'arrêtent les hémorragies veineuses provenant de vaisseaux, même assez volumineux, surtout quand le sang s'écoule dans un tissu qui en favorise la coagulation, ce qui est le cas pour l'aisselle, on sera porté à incriminer une blessure de la grosse veine axillaire, beaucoup plutôt qu'une lésion d'un autre canal à sang noir.

Nous ne signalons que pour mémoire, les plaies simultanées de la veine et de l'artère axillaire qui donnent lieu à la formation d'un anévrisme artério-veineux. Le fait est très rare.

Les lésions traumatiques de l'aisselle, qu'elles soient ouvertes ou fermées, peuvent atteindre les *nerfs du plexus brachial* ou leurs branches collatérales, soit isolément, soit simultanément avec les vaisseaux sanguins. Aussi devra-t-on toujours examiner, avec soin, ce qui se passe du côté du territoire des cordons nerveux qui sont contenus dans la cavité axillaire. On interrogera successivement les nerfs: radial, médian, cubital, musculo-cutané, brachial cutané interne; on recherchera les signes de la paralysie du deltoïde, du trapèze, du grand dentelé, des muscles rotateurs de l'humérus; cette dernière, comme la paralysie du grand dentelé, est souvent associée à la paralysie du deltoïde.

On n'oubliera pas que certaines paralysies du plexus brachial offrent un type particulier; ce sont des *paralysies radiculaires*, surtout observées à la suite des contusions du plexus brachial, et nous renvoyons pour ce qui a trait à leur symptomatologie, à ce que nous avons écrit pages 276 et 277 de cet ouvrage.

Ici encore, comme dans les contusions du moignon de l'épaule, il faut penser aux *paralysies hystériques* qui se montrent dans les premières heures ou dans les premiers jours qui suivent l'accident. « La perte de la sensibilité est complète et la sphère sur laquelle porte l'anesthésie ne répond pas à la distribution connue d'un nerf sensitif; elle se limite à la racine du membre, par un cercle perpendiculaire à sa direction et qui défie toute régularité anatomique: la distribution de la paralysie motrice n'est pas non plus en rapport avec les connaissances anatomiques. Ainsi, dans une observation de Troisier<sup>1</sup>, les mouvements des doigts seuls étaient conservés, ce qui n'aurait pu se comprendre, en supposant une lésion de tel ou tel nerf moteur du membre supérieur. Ajoutons encore que, chez les malades atteints d'*hystérie*

<sup>1</sup> Troisier. *Soc. médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 25 mars 1885.

*traumatique*, on retrouve tous les autres stigmates de cette névrose, savoir, l'anesthésie sensorielle, le rétrécissement concentrique du champ visuel avec dyschromatopsie et polyopie monoculaire. » (Kirmisson, in *Traité chir.* de Duplay et Reclus, t. VIII, p. 724.)

Le tiraillement, la distension, l'allongement, les plaies incomplètes du plexus brachial, résultant des lésions traumatiques de l'épaule, donnent lieu enfin, dans quelques cas, à des *névralgies* qui se montrent, soit immédiatement après le traumatisme (piqûres, plaies incomplètes), soit graduellement. Elles se traduisent par la douleur, des troubles de la sensibilité, de la motilité et de la nutrition, qui indiquent formellement, qu'on est en présence d'une névrite.

Certaines plaies de l'aisselle s'accompagnent d'*emphysème sous-cutané*. Pour quelques chirurgiens, cet emphysème reconnaîtrait pour cause l'aspiration de l'air, par la plaie, dans les mouvements du bras. Sans nier absolument la possibilité de cet accident, nous pensons avec Boyer, Nélaton qu'il faut admettre, dans la plupart des cas, qu'il s'agit d'une blessure du poumon et ne pas négliger, dès lors, l'examen de la cavité thoracique.

#### AFFECTIONS INFLAMMATOIRES

On observe fréquemment, dans l'aisselle, surtout chez les individus peu soigneux de leur personne, de *petites tumeurs rouges, acuminées, nettement situées dans l'épaisseur de la peau* qui glisse facilement sur le tissu cellulaire sous-jacent; Velpeau leur a donné le nom d'*abcès tubérisiformes*. Ce sont de *petits furoncles* qui ont, ici, la symptomatologie banale qu'on leur connaît dans les autres régions.

Voici maintenant, un sujet, dont la sueur des aisselles est âcre et abondante, d'où un prurit qui le force à se gratter : bientôt il éprouve quelques douleurs, de la gêne sous le bras; on l'examine et on trouve chez lui de *petites tumeurs* en nombre variable, *nettement sous-cutanées, sphériques, du volume d'un petit pois*, bien circonscrites, ayant une certaine mobilité, recouvertes par une peau normale, parfois excoriée. Si elles ne rétrocedent pas, sous l'influence d'un traitement

approprié (larges pansements humides), elles augmentent de volume, dépassent la grosseur d'une noisette, perdent leur mobilité, par suite de l'inflammation du tissu cellulaire voisin, la peau s'amincit, rougit, en même temps que le malade éprouve des douleurs lancinantes. Au bout de trois ou quatre jours, il s'est formé un abcès qui, si l'on n'intervient pas, s'ouvre spontanément. Ces symptômes permettent de porter le diagnostic d'*hydrosadénite*, nom sous lequel Verneuil a désigné l'inflammation des grosses glandes sudoripares axillaires sous-cutanées. Souvent, chez le même sujet, on observe l'hydrosadénite aux différents stades de son évolution, les glandes se prenant successivement.

Parfois, à la suite des lymphangites superficielles du membre supérieur, une rougeur oedémateuse, analogue à celle de l'érysipèle, envahit vite la région axillaire, empiétant sur la face antérieure de la poitrine. Ces phénomènes locaux s'accompagnent de fièvre, de troubles gastriques, la suppuration arrive rapidement. On est en présence d'un *phlegmon superficiel de l'aisselle*, ayant son siège dans le tissu cellulaire sous-cutané, c'est le phlegmon érysipélateux et diffus de Velpeau, il est consécutif à l'infection des lymphatiques et peut, quelquefois, envahir la cavité de l'aisselle.

Souvent, on voit des malades fébricitants, se présenter au chirurgien avec une tuméfaction de l'aisselle, immobile, comme collée au thorax, chaude, douloureuse, dure ou empâtée, fluctuante en un point, et parfois, dans une grande étendue, la peau rouge fait corps avec elle. Les mouvements du bras que le malade tient écarté du tronc, sont gênés. Le patient interrogé raconte qu'à la suite d'une plaie de la main, des doigts, du thorax (rarement), plaie dont on retrouve presque toujours la trace, il a senti au bout de quelques jours, dans l'aisselle, de petits corps durs, d'abord peu douloureux, roulant sous le doigt (adénite), puis qu'à mesure qu'ils augmentaient de volume et devenaient plus douloureux, ils ont perdu leur mobilité.

Nul doute qu'on ait affaire à un *adéno-phlegmon de l'aisselle*. Il y a ici tumeur axillaire, bombement de la région, tandis que, dans le phlegmon superficiel, c'est une plaque étendue, sans tumeur.

On peut trouver une collection purulente aiguë de l'aisselle, sans que l'interrogatoire et l'examen du malade aient fait découvrir les traces d'une lymphangite, ou d'une adénite ayant précédé le phlegmon, il faut penser alors, surtout si on se trouve en présence d'un individu jeune, à une collection purulente venue des os voisins, symptomatique d'une *ostéomyélite de l'extrémité supérieure de l'humérus* le plus souvent, parfois des côtes ou de la clavicule.

Dans l'adéno-phlegmon de l'aisselle, tel que nous venons de l'étudier, les symptômes généraux (fièvre, état saburral) existent et sont assez intenses; dans une autre forme, ils prennent le pas sur les symptômes locaux, se montrant dès le début du mal; c'est ce qu'on observe, en particulier, chez les anatomistes et les médecins, à la suite des plaies de la main. Vingt-quatre ou quarante-huit heures après une piqûre anatomique, alors qu'on n'a rien remarqué d'anormal du côté de la plaie ni sur le trajet des lymphatiques, éclate tout à coup un frisson violent; bientôt l'aisselle devient douloureuse, tous les ganglions et le tissu cellulaire environnant s'enflamment presque simultanément, et l'on voit se produire une tuméfaction considérable. Mais, quelles que soient la tuméfaction locale et la violence de la douleur, l'état général est toujours dominant; en effet, la fièvre est constante, le délire et surtout le délire nocturne est habituel, et il existe en même temps, un état de prostration et d'adynamie qu'on ne peut comparer qu'à celui de certaines affections typhoïdes. Enfin (autre caractère important) l'évolution de la phlegmasie est rapide dans cette forme grave, et au bout de cinq ou six jours, il est de règle que le pus soit déjà collecté en abondance.

Lorsqu'une vaste collection purulente s'est développée dans l'aisselle, elle peut fuser, du côté du cou, sous l'omoplate, sous le petit pectoral. Mais on observe aussi, quelquefois, un *phlegmon primitif profond de la paroi antérieure de l'aisselle situé sous le petit pectoral*, et il faut savoir en faire le diagnostic; le professeur Tillaux a bien étudié les signes qui le caractérisent.

Dans le phlegmon profond de la paroi antérieure, le creux de l'aisselle est relativement libre, la paroi antérieure est

soulevée en masse, le creux sous-claviculaire n'existe plus, le gonflement s'étend au cou; le pus, quand il est formé, a une tendance à se diriger de ce côté, en passant au-dessous de la clavicule; le membre supérieur est quelquefois œdématisé, par compression et peut-être plutôt par thrombose de la veine axillaire. Il y a de la dyspnée et des phénomènes généraux graves. Pour percevoir la fluctuation, il faut placer les doigts d'une main, dans l'aisselle, derrière la paroi antérieure de cette cavité, aussi près que possible de la paroi interne, la pulpe des doigts est tournée en avant; on applique alors la pulpe des doigts de l'autre main, sur le grand pectoral, au-dessous de la clavicule, et on déprime ce muscle, de façon à refouler le pus déjà collecté, vers les doigts axillaires qui recevront son impulsion. Il faut, autant que possible, agir parallèlement aux fibres musculaires.

Est-il possible de distinguer de ce phlegmon profond de la paroi antérieure de l'aisselle, le *phlegmon inter-pectoral*, c'est-à-dire celui qui se développe dans le tissu cellulaire séparant le muscle grand pectoral, du petit pectoral? Voici les signes que donne Tillaux: il y a dans le phlegmon inter-pectoral, disparition du sillon qui sépare le grand pectoral du deltoïde; ce sillon est conservé dans le phlegmon profond; le bord inférieur de la paroi antérieure de l'aisselle est gonflé dans le phlegmon intermusculaire; il est à peine modifié dans le phlegmon qui siège sous le petit pectoral; dans ce dernier, l'aisselle est intéressée quoique à un faible degré, elle ne l'est pas dans le phlegmon interpectoral; dans le phlegmon profond, on ne peut, en cherchant à refouler le pus par l'aisselle, faire bomber en avant le grand pectoral. Cette manœuvre amène le soulèvement de ce muscle dans le phlegmon interpectoral. Dans le phlegmon profond, le pus tend à envahir le cou, dans le phlegmon intermusculaire, il fait saillie, soit au niveau du bord inférieur de l'aisselle ou dans le sillon pectoro-deltoïdien.

Le phlegmon profond de la paroi antérieure de l'aisselle s'accompagne, assez souvent, de pleurésie purulente et peut même s'ouvrir dans la poitrine.

Dans toutes les inflammations étendues de l'aisselle, il est de règle de surveiller ce qui se passe du côté de la poitrine.

**Affections chroniques.** — A l'aisselle comme dans toutes les régions intermédiaires entre le tronc et les parties du corps qui s'y attachent, on ne rencontre guère d'intéressant que des tumeurs et c'est leur diagnostic que nous allons étudier.

#### DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE L'AISSELLE

A la région axillaire, comme au cou, comme au pli de l'aîne, il n'existe que deux classes importantes de tumeurs ; des *tumeurs liquides* et les *tumeurs solides*. On a bien signalé des tumeurs à *contenu gazeux* formé par de l'emphysème sous-cutané ou par une hernie du poumon ; mais ce sont là des complications de traumatismes et ces lésions ne peuvent être rangées dans l'étude des tumeurs à proprement parler.

Quand le clinicien se trouve donc en présence d'une tuméfaction de l'aisselle ne présentant aucun des caractères de l'inflammation, il doit d'abord rechercher la fluctuation et deux cas se présentent : la tumeur est fluctuante, c'est-à-dire liquide, ou ne présente pas les caractères de la fluctuation et elle est solide, premier point du diagnostic à établir.

**La tumeur est liquide.** — Elle peut s'être développée soit aux dépens des vaisseaux ou bien être kystique. Dans le premier cas, on a affaire à une tumeur sanguine ; celle-ci se reconnaît à ce caractère primordial qu'elle est réductible presque complètement ; on pourrait même dire en totalité. On cite bien quelques rares observations de kystes synoviaux de la longue portion du biceps qui présenteraient une certaine réductibilité ; mais cette réductibilité est à peine sensible et ne peut se comparer à celle d'une tumeur érectile ou d'un anévrisme.

1° *La tumeur est fluctuante et réductible*, on se trouve en présence de l'une des deux affections suivantes.

La *tumeur érectile* qui se reconnaît dans l'aisselle aux signes qu'elle présente ailleurs, qui sont : turgescence pendant l'effort, disposition variqueuse des veines superficielles, coloration rouge de la tuméfaction, diminution de volume

quand on interrompt la circulation entre la tumeur et la périphérie.

L'*anévrisme de l'artère axillaire* qui se diagnostiquera à ses caractères fondamentaux : battements isochrones avec ceux du pouls, phénomène de l'expansion, bruit de souffle à l'auscultation, auxquels il faut ajouter une modification dans les pulsations de l'artère radiale.

Nous renvoyons à ce que nous avons dit à propos des tumeurs du cou (p. 294) pour tout ce qui a trait à la confusion possible d'un anévrisme axillaire avec une tumeur quelconque soulevée par les battements de l'artère, en ajoutant que l'anévrisme axillaire, se développant au milieu de tissus lâches, a une augmentation de volume en général plus rapide que celle des autres tumeurs de l'aisselle.

On pourrait aussi confondre l'anévrisme de l'artère axillaire avec une *tumeur pulsatile de la tête de l'humérus*, tumeur dans laquelle l'oreille perçoit aussi un bruit de souffle assez fort ; mais on remarquera que la tumeur pulsatile de l'humérus ne commence pas, comme l'anévrisme, dans le creux axillaire, et n'y arrive qu'après avoir envahi premièrement la région antérieure ou externe de l'épaule. De plus, au début, cette tumeur sarcomateuse est ferme, élastique, incompressible, irréductible même. Enfin une pression exercée sur une tumeur pulsatile de l'humérus détruit cet os qui ne possède plus qu'une coque et laisse entendre des craquements caractéristique. (crépitation parcheminée.)

2° *La tumeur est fluctuante et non réductible*, on a dans l'aisselle affaire à un *kyste* qu'on ne confondra pas avec un ganglion tuberculeux ramolli, ni avec ce qu'on appelait autrefois un kyste ganglionnaire grâce aux caractères que nous avons signalés plus haut à propos du cou (voir p. 297.)

Nous ne citerons que pour mémoire les kystes hydatiques à cause de leur excessive rareté et nous en arrivons au *kyste séreux*.

La présence dans l'aisselle de ces kystes, qui ne sont autres que des lymphangiomes, est exceptionnelle. Un examen attentif permettra, grâce à leurs caractères assez tranchés, de faire le diagnostic.

Tout d'abord ils apparaissent en général dans le bas âge et



grossissent avec lenteur. Ils sont de plus toujours indolents, malgré le volume quelquefois considérable qu'ils peuvent acquérir.

La fluctuation est manifeste dans certains points; mais elle n'est pas toujours très nette et souvent la consistance de ces kystes est molle. Leur translucidité est parfois évidente, mais le liquide peut être hématisé et, dans ces cas, il ne se laisse pas traverser par les rayons lumineux. Enfin la présence simultanée de tumeurs semblables dans la région cervicale peut corroborer le diagnostic qui sera tranché d'une façon définitive par une ponction dans le cas où il y aurait le moindre doute.

**La tumeur est solide.** — Elle peut s'être développée aux dépens d'un des éléments quelconques de l'aisselle; mais, parmi ceux-ci, ce sont les ganglions lymphatiques qui sont le plus souvent affectés.

Chez la femme c'est l'*adénopathie cancéreuse* qui est de beaucoup la plus fréquente, et elle est toujours sous la dépendance d'un cancer du sein.

Chez l'homme, l'*adénopathie cancéreuse* de l'aisselle est tellement rare qu'on peut dire qu'elle n'existe pas.

On reconnaît cette adénopathie cancéreuse secondaire à ses caractères de dureté, d'adhérences, d'augmentation progressive de volume et à ses tendances à l'ulcération par envahissement de la peau. De plus, on trouvera toujours un noyau dans le sein ou une cicatrice montrant les traces d'une intervention plus ou moins ancienne. D'où la conclusion qu'il ne faudra jamais omettre d'explorer la région mammaire.

On écartera aussi l'*adénopathie syphilitique* en se souvenant que la vérole ne se manifeste pour ainsi dire jamais dans l'aisselle et que, si on avait des doutes, l'histoire du malade, les manifestations cutanées, muqueuses ou viscérales qu'il a pu présenter, mettraient de suite, sur la voie ainsi que les caractères de la pléiade ganglionnaire syphilitique du pli de l'aîne facilement reconnaissable à sa consistance, au petit volume, à la forme en chapelet des ganglions atteints.

Restent l'*adénite tuberculeuse* et le *lymphadénome* qui au

début se présentent avec les mêmes caractères quand l'*évolution de la tumeur est lente*. Nous rappellerons ici ce que nous avons dit à propos du cou (voir p. 300) avec cette différence toutefois que l'*adénite tuberculeuse* n'a pas à l'aisselle la même fréquence qu'au cou et que le lymphadénome au contraire y serait *relativement* plus fréquent, du moins dans la première phase d'évolution de ces tumeurs, car au bout de quelque temps la chaîne ganglionnaire ininterrompue, qui va de l'aisselle au cou, se prend en son entier et l'on trouve les mêmes lésions envahissant soit la région cervicale, soit la région axillaire, suivant que la maladie a débuté dans l'une ou dans l'autre.

Le lymphadénome se reconnaît à sa consistance plus égale, semblable à celle du parenchyme rénal; l'*adénite tuberculeuse* a sa consistance inégale et a ses points durs et ramollis. L'*adénite tuberculeuse* suppure, le lymphadénome jamais; une fistule ou une cicatrice permettent donc d'affirmer l'*adénite bacillaire*.

De plus, le lymphadénome a un volume qui devient rapidement considérable et il ne se manifeste pas seulement d'un côté; mais souvent encore dans l'aisselle du côté opposé, aux régions cervicales et dans les plis de l'aîne. Enfin l'état général du malade est particulier; il se sent faible, a un teint pâle caractéristique, ce qui coïncide avec l'augmentation des leucocytes dans le sang; la rate, qui devra toujours être examinée, est quelquefois hypertrophiée ainsi que les amygdales et quelquefois même le corps thyroïde.

*Si la tumeur évolue rapidement* et prend en quelques mois des développements considérables, le diagnostic n'est plus hésitant, c'est en présence d'un lymphadénome qu'on se trouve, lymphadénome qui va se transformer en lymphosarcome facile à reconnaître aux saillies volumineuses que le néoplasme fait dans l'aisselle, au réseau veineux qui sillonne la peau à sa surface et aux ulcérations qui vont bientôt se produire, donnant lieu à des hémorragies répétées et quelquefois très abondantes.

Tels sont les caractères différentiels des tumeurs solides nées aux dépens des ganglions; mais les autres parties anatomiques sont aussi susceptibles de donner lieu à des néo-

plasies. La peau peut présenter des *kystes sébacés* faciles à reconnaître. Le tissu cellulaire de l'aisselle peut donner naissance à des *lipomes* qui, par leur mollesse, peuvent en imposer pour une tumeur liquide. On les diagnostiquera grâce à leurs caractères de lobulation, à leurs limites souvent incertaines et mal définies, à leur mollesse particulière, et on se rappellera que, chez la femme, leur point de départ est souvent dans le sein et qu'ils n'envahissent l'aisselle que secondairement.

Les nerfs de la région axillaire peuvent aussi donner naissance, quoique rarement, à des *névromes*. Ils ont là les mêmes caractères qu'ailleurs ; se trouvant sur le trajet d'un nerf, ayant une forme en général oblongue, dans l'axe du cordon nerveux, jouissant d'une certaine mobilité et déterminant dans le membre supérieur des troubles de sensibilité et de motilité. Enfin souvent, quand on constate un névrome dans l'aisselle, il en existe d'autres sur les nerfs du bras et de l'avant-bras. Cette multiplicité de tumeurs semblables servira à éclairer le diagnostic.

Enfin les tumeurs du squelette présentent des caractères particuliers. Prenant leur point de départ sur un plan résistant, elles déterminent de très bonne heure de la compression du cordon vasculo-nerveux, compression qui se manifeste soit par des troubles de la sensibilité, soit par des paralysies, par de l'œdème du membre supérieur ou des modifications du pouls.

Si le malade accuse une ou plusieurs de ces modalités symptomatiques que rien ne puisse expliquer du côté du membre supérieur, il faudra porter son examen du côté de la région axillaire et on pourra y trouver, par le palper, appartenant au squelette, une tuméfaction dont le volume n'a pas encore altéré la forme des parties.

On aura affaire soit à une *exostose de croissance* qu'on diagnostiquera grâce à l'âge du sujet et à sa forme plus ou moins pointue; soit à une *exostose syphilitique* sur la voie de laquelle on sera mis par les anamnétiques. On cherchera par une palpation attentive à quelle partie du squelette cette exostose appartient (extrémité supérieure de l'humérus bec coracoïdien ou bord externe de l'omoplate).

L'*ostéosarcome* de l'extrémité supérieure de l'humérus donne lieu aussi à des compressions ; mais, comme nous l'avons dit plus haut, il n'arrive dans l'aisselle que lorsqu'il a envahi les régions antérieure ou externe de l'épaule, en déformant ces parties.

La marche rapide de l'affection, la consistance de la tumeur qui au début est dure, l'âge du sujet plutôt jeune, et les caractères de vascularisation que nous avons énumérés plus haut, permettront de faire le diagnostic.

On comprend que toutes les tumeurs de l'aisselle soient susceptibles de déterminer à un moment donné de leur évolution, lorsque leur volume est devenu considérable, des phénomènes de compression et l'adénopathie cancéreuse n'y manque jamais ; mais après les tumeurs nées du squelette, ce sont celles développées aux dépens du cordon vasculo-nerveux (anévrisme ou névromes) qui amènent le plus rapidement de l'œdème, de l'anesthésie ou de la paralysie du membre supérieur.