

avec attention l'arrière-bouche, je remarquai que la dent inférieure gauche, dite de sagesse, manquait; en pressant contre l'apophyse coronoïde, j'éprouvai une douleur sourde. J'avais peine à concevoir qu'elle pût être en rapport avec l'amygdale droite, et en général avec tout le côté droit de la gorge. Cependant, sans avoir d'idée fixe, je soulevai avec un stylet la partie des chairs qui recouvraient (sans présenter aucune altération de couleur) la partie postérieure de la deuxième grosse molaire. J'y sentis un corps dur, et, surmontant la douleur que je me faisais éprouver moi-même par l'introduction de cette petite sonde, je devins certain qu'une large et très grosse dent, parfaitement sortie de son alvéole, gisait très profondément dans les chairs. On ne peut plus satisfait de ma découverte, je saisis un bistouri et incisai largement la gencive d'arrière en avant; le soulagement et la disparition des douleurs furent subits; mais les deux lambeaux s'enflammèrent et même végétèrent. L'excision des chairs devint cependant indispensable; elle présenta d'assez grandes difficultés: il fallut cautériser plusieurs fois avec la pierre infernale; enfin la dent mise à découvert me montra l'inutilité des moyens précédemment conseillés ou employés, et la cause unique de ma longue souffrance.

C'est en effet, messieurs, à l'incision qu'il faut avoir recours dans le cas dont il s'agit, c'est à dire quand la dernière dent molaire se trouve arrêtée en partie par un bourrelet de la gencive. Pour réussir, cette incision doit être profonde; et il faut ensuite introduire entre les lèvres de la division un petit bourdonnet de charpie qu'on enfonce en partie derrière la couronne de la dent. Ce pansement est parfois assez douloureux, surtout le premier jour; mais si on le néglige, il arrive souvent que l'opération devient inutile, et l'on s'imaginé alors qu'il est indispensable de faire le sacrifice de la dent, ce que l'on peut éviter en ayant la patience de faire ces pansements d'une manière convenable, jusqu'à ce que la dent soit bien à découvert.

## ARTICLE XVI.

## ABCÈS DE L'AISSELLE (1).

Parmi les maladies de l'aisselle, il n'en est guère de plus fréquente que les abcès, et cependant, dans cette région, comme dans presque toutes, on a négligé d'indiquer les variétés nombreuses qu'ils présentent, principalement sous le rapport de leur siège, de leur étendue et de leur nature. Je veux aujourd'hui faire pour les abcès de l'aisselle ce que j'ai déjà fait pour les abcès de la région iliaque (2). Vous verrez que ce point de l'histoire des abcès n'est pas moins important dans cette région que dans la précédente.

En égard à leur siège, nous trouvons d'abord plusieurs variétés fort distinctes :

1° *Phlegmons tubériformes ou superficiels.* — Ils siègent dans les couches cellulenses les plus rapprochées de la peau. Ils sont souvent le résultat d'un effort critique de la nature, d'un agent morbifique général; ils sont produits souvent aussi par le défaut de propreté, par l'irritation des follicules sébacés de la région axillaire, par les frottements, surtout dans les saisons chaudes, chez les personnes qui exercent beaucoup leurs membres. Les blessures des membres thoraciques les déterminent rarement. Le tissu cellulaire dans lequel ils siègent étant plutôt filamenteux qu'aréolaire, ils n'ont guère de tendance à s'étendre. L'inflammation qui les a produits tend à se circonscire, et donne à ces phlegmons la forme de furoncles; et cet aspect est d'autant plus frappant, qu'ils sont quelquefois

(1) Leçons de juin 1840.

(2) Voyez plus haut: *Abcès de la région iliaque.*

comme eux, tantôt uniques, tantôt agglomérés. Ces phlegmons *tubériformes* ont très peu de tendance à se porter vers les parties profondes, car ils éprouvent là une plus grande résistance que vers la peau, vers laquelle ils se portent très promptement. Des douleurs très vives accompagnent souvent le développement de ces phlegmons, dont la marche est généralement assez lente. Ils se terminent du reste presque toujours par la suppuration; il est rare que la résolution s'en opère. Dans certaines circonstances, cependant, on voit le noyau inflammatoire diminuer et se réduire à l'état d'une espèce de tubercule dur, mobile et presque insensible, et disparaître après un temps quelquefois très long.

Le traitement de cette maladie est fort simple, et consiste seulement dans l'application des cataplasmes émoullients ou laudanisés, jusqu'à ce que la suppuration soit bien établie. Si celle-ci tarde trop, on peut faire usage d'emplâtres de diachylon ou d'onguent de la mère. Quand la présence du pus est évidente, il faut en faire l'ouverture, afin de ne pas laisser la peau trop s'amincir, et que la plaie ne soit ensuite trop long-temps à guérir. Il est rare qu'on soit obligé d'avoir recours, contre ces phlegmasies superficielles ou tubériformes, à l'application des sangsues ou à la saignée; car, à moins que le mal ne s'étende vers l'aponévrose ou ne gagne beaucoup en largeur, il a rarement des conséquences graves.

2<sup>o</sup> *Phlegmons érysipélateux*. — Le siège des phlegmons érysipélateux est principalement dans le feuillet profond de la couche sous-cutanée qui se continue sans ligne de démarcation avec le tissu cellulaire lamelleux sous-cutané des régions voisines. Ce phlegmon affecte la forme diffuse, et diffère beaucoup en cela du phlegmon tubériforme ou circonscrit; ce dernier en est quelquefois le point de départ. Il se porte de préférence sur les parois latérales de la poitrine, quoiqu'il puisse cependant occuper toute l'ex-

cavation axillaire; rarement cette phlegmasie gagne vers le bas, tandis qu'elle s'étend assez fréquemment sur la face profonde des muscles voisins, sans doute parce que, dans le premier sens, la toile celluleuse, bien que plus renflée, est plus filamenteuse, plus dense que dans le second, où elle reste en effet complètement lamelleuse. Il arrive même quelquefois que l'inflammation s'arrête sur chacun de ces points séparément.

Cette inflammation est grave, et son pronostic est fâcheux; elle est souvent accompagnée d'une réaction vive et de fièvre; les douleurs sont sourdes, lancinantes ou ponctives. Elle dépasse souvent le feuillet fibro-celluleux dans lequel elle siège, et alors elle donne lieu à un phlegmon profond. Quand elle s'étend en avant et en arrière de la poitrine, elle constitue un phlegmon diffus très grave. (Voyez plus haut ÉRYSIPELE PHLEGMONEUX.) Elle se termine ordinairement par la suppuration, quelquefois par induration ou par des tumeurs dont les malades restent quelquefois affligés toute leur vie. Quand le pus se rapproche de la peau, au lieu de se diriger vers l'aponévrose, il en résulte une terminaison plus heureuse; des abcès circonscrits se forment, et lorsqu'ils sont ouverts et vidés, la guérison se fait assez promptement.

Le traitement de cette maladie consiste dans le régime antiphlogistique, la diète, des cataplasmes émoullients, des sangsues en grand nombre sur le lieu enflammé, etc., etc. Sans doute cette manière d'agir est utile; l'application des sangsues modère la violence de la phlegmasie, hâte la circonscription du foyer et diminue les souffrances; mais, je dois l'avouer, messieurs, jamais il ne m'a été possible, quel que soit le nombre de sangsues que j'aie fait appliquer, soit dans les environs du mal, soit immédiatement dessus, d'empêcher la formation de dépôts plus ou moins étendus. Je me suis assez longuement expliqué à l'occasion du phlegmon diffus sur le meilleur traitement à employer dans ce cas.

pour n'avoir pas à y revenir. Vous savez que le moyen que je regarde comme le meilleur consiste dans l'emploi des incisions ou des vésicatoires ; je n'insisterai donc pas plus long-temps à ce sujet.

3° *Phlegmons ganglionnaires.* — L'inflammation aiguë des ganglions de l'aisselle est remarquable sous un double point de vue. Des causes diverses peuvent la produire : tantôt, amenée par une lésion avec suppuration du devant de la poitrine, de la partie postérieure de l'épaule, par une inflammation, une ulcération du sein, elle trouve surtout son origine dans les piqûres, les écorchures, les coupures des doigts, de la main et de l'avant-bras. Placée entre l'aponévrose et le grand dentelé, elle peut se porter vers la peau plus particulièrement et devenir superficielle, ou vers le sommet de l'aisselle, au contraire, et se tenir long-temps éloignée de l'extérieur. C'est cette variété que l'on observe si souvent chez les élèves ou les médecins qui se blessent en ouvrant des cadavres ou en disséquant. On la voit aussi quelquefois se manifester sans qu'il existe de lésion traumatique éloignée ou voisine. Dans ce cas, la marche de la maladie est moins aiguë et la suppuration moins franche.

Quand l'inflammation ganglionnaire est aiguë, le tissu cellulaire abondant qui est autour des ganglions se prend bientôt, et la suppuration est alors presque inévitable. Quand elle est sub-aiguë ou chronique, elle peut se borner aux ganglions et devenir la cause de dégénérescences diverses de ces organes. (Voyez plus haut ADÉNITE.)

L'inflammation des ganglions ou le phlegmon ganglionnaire de l'aisselle exige pour traitement la saignée générale et l'emploi des sangsues. Ces moyens conviennent mieux ici que dans l'érysipèle phlegmoneux ; ils réussissent souvent à prévenir la suppuration. Il faut aussi appliquer des topiques émollients ; on ouvre les abcès lorsque la suppuration est bien formée ; mais ici il ne faut pas trop se presser ; les organes affectés étant fixes et d'un tissu peu ex-

tensible, ne doivent pas être trop tôt mis à nu, car on trouverait alors du pus à l'état d'infiltration au lieu de pus réuni en foyer. Au surplus, les phlegmons ganglionnaires de l'aisselle ne font courir de véritables dangers que lorsque l'inflammation s'empare de la masse celluleuse qui remplit la cavité de l'aisselle au-delà de l'aponévrose.

4° *Phlegmon profond.* — Il a pour siège l'excavation axillaire, et attaque le tissu cellulaire qui la remplit. Ce phlegmon est le plus grave de tous. L'excavation ayant des parois dont la résistance n'est pas la même partout, l'inflammation peut s'étendre dans une foule de directions différentes, se porter tantôt en dedans ou en avant, tantôt entre la moitié inférieure du grand pectoral et la paroi thoracique ; plus haut entre la clavicule et le petit pectoral, et dans ce sens arriver jusque sous la peau par l'intermédiaire des lames celluluses intermusculaires, passer en arrière sous l'angle de l'omoplate, remonter entre le grand dorsal et le trapèze, ou bien entre le rhomboïde, le grand dentelé et la région dorsale du thorax. Le passage qui existe supérieurement entre la clavicule, la première côte et le bord cervical du scapulum, est une autre voie qui la conduit souvent au cou dans la région sus-claviculaire ; le plexus nerveux, qui favorise surtout ce transport, devient, en s'associant aux vaisseaux, le moyen d'une fusée plus malheureuse encore ; en effet, la trainée celluleuse qui enveloppe ces organes se continuant avec le tissu cellulaire sous-pleural et des médiastins, permet aux inflammations de l'aisselle de gagner jusqu'à l'intérieur de la poitrine. Enfin cette inflammation peut se transmettre par voie de proximité à la plèvre correspondante, et devenir ainsi la cause d'un épanchement thoracique mortel. Le pus se forme avec une rapidité extraordinaire au milieu de tissus si poreux et si lâches ; aussi la suppuration est-elle pour ainsi dire inévitable dans le cas d'une inflammation de la cavité axillaire. On doit donc agir avec beaucoup

d'énergie et de promptitude, chercher à modérer l'étendue de l'inflammation et la confiner dans la cavité de l'aisselle, pour en prévenir l'extension vers le cou et la poitrine. On emploie pour cela les saignées générales et locales, les émollients, enfin toute la série des moyens antiphlogistiques que vous connaissez. Aussitôt que l'abcès est formé, il faut l'ouvrir pour éviter les fusées, qui peuvent devenir si dangereuses.

Les abcès de la région axillaire sont produits encore par d'autres causes que celles que je viens de vous indiquer. C'est ainsi qu'ils peuvent dépendre d'une carie des côtes supérieures, de la clavicule, d'une altération de l'omoplate, de la tête de l'humérus, et même d'une maladie de l'articulation scapulo-humérale. Un abcès profond du cou peut y fuser; un épanchement contenu dans la cavité de la poitrine peut perforer les parois de celle-ci et s'étendre dans l'aisselle. Ainsi, en 1829, à l'hôpital Saint-Antoine, je fis l'amputation du bras à un jeune homme de vingt-quatre ans pour une plaie par arme à feu; il survint peu de temps après un abcès fort étendu dans l'épaule; plus tard, il en survint un dans l'aisselle. Le blessé mourut, et à l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes que le pus avait perforé la capsule articulaire et s'était épanché dans le creux axillaire lui-même. Je vis exactement les mêmes phénomènes en 1851 sur un homme adulte mort à l'hôpital de la Pitié, des suites d'une amputation du doigt. J'ai vu plusieurs fois la carie des côtes supérieures donner lieu à d'énormes abcès de l'aisselle. Sur un phthisique, j'ai trouvé un foyer purulent axillaire qui communiquait par une ouverture très oblique, et large de plus de six lignes avec les cavernes dont le poumon était creusé. Enfin j'ai vu en 1851 une vieille femme atteinte d'un énorme abcès de l'aisselle, et qui avait son point de départ derrière le sternum. J'ai vu les abcès axillaires deux fois produits par la rupture de certains vaisseaux ou de tout autre élément

organique pendant un effort des membres. Enfin une des causes les plus fréquentes des abcès de l'aisselle se trouve dans les piqûres que se font les anatomistes en disséquant les cadavres. Rien n'est aussi fréquent que cette maladie chez les étudiants en médecine.

Au surplus, messieurs, que ces abcès profonds de l'aisselle soient idiopathiques, sympathiques, par congestion, vénériens, etc., ils n'en constituent pas moins une maladie qui mérite beaucoup d'attention de la part du praticien. Placé entre le grand dentelé et les premiers muscles intercostaux qui sont en dedans, le sous-scapulaire qui est en arrière, les deux pectoraux qui sont en avant, une aponévrose filamenteuse qui est en bas, et le passage du plexus axillaire par en haut, le pus trouve ou se crée, comme l'inflammation, avec une extrême facilité, des issues pour gagner d'autres régions. Le plus communément, il suit le trajet des nerfs, et vient reproduire l'abcès de l'aisselle à la base du cou. Si ce feuillet fibreux qui descend de la clavicule vers le petit pectoral et l'humérus ne lui offre pas trop de résistance, il se présente bientôt en avant, entre l'épaule, la clavicule et le thorax. On le voit plus rarement se glisser par en bas entre les muscles grand dorsal, trapèze, rhomboïde et grand dentelé, pour remonter derrière l'omoplate. Certains sujets ne présentent qu'une de ces particularités, tandis que d'autres les présentent presque toutes. J'ai vu un homme qui portait entre le rachis et le bord postérieur de l'épaule un premier foyer de pus, puis un second dans la fosse sus-claviculaire, et un troisième au-devant de la poitrine. Ces trois abcès communiquaient tous avec le dépôt primitif qui était dans l'aisselle. Chez un autre individu, il existait à la base de l'aisselle une fluctuation bien évidente, qu'on retrouvait à la partie inférieure du cou, immédiatement au-dessus de l'épaule. Il y avait un troisième foyer en avant; le flot du liquide repoussé de l'un se faisait aisément ressentir dans les deux autres; ils furent

vidés tous les trois à l'aide d'une seule ouverture. En 1831, je vis à l'hôpital de la Pitié un jeune garçon qui avait sur la dépression scapulo-thoracique antérieure un abcès qui fut ouvert le lendemain : un orifice étroit et intermusculaire le faisait communiquer avec un second abcès situé entre le petit pectoral, la poitrine et le grand dentelé, une incision par le creux de l'aisselle le vida tout entier. A l'hospice de Perfectionnement, en 1828, il mourut une jeune fille qui avait sur la fosse sus-épineuse et derrière l'épaule deux abcès dont le foyer axillaire était incontestablement le point de départ, et qui communiquait avec lui par l'intervalle que laissent entre eux le bord supérieur du grand dentelé, l'angulaire de l'omoplate, le rhomboïde et le trapèze. Du côté de la poitrine, ces dangereux dépôts peuvent aussi prendre plusieurs directions. Chez une vieille femme, le pus s'était porté de l'aisselle dans le haut du médiastin antérieur pour descendre le long de la face postérieure du sternum, et se faire jour au-dehors, entre la cinquième et la sixième côte. Le jeune jardinier dont je vous ai parlé plus haut eut d'abord un abcès dans le sommet de l'aisselle, passant au-dessus du petit pectoral; cet abcès vint en produire un autre au-dessus de la clavicule. Après une longue suppuration, le malade fut pris de tous les symptômes d'un épanchement dans le sommet de la cavité thoracique correspondante. Le pus avait disséqué la plaie dans son quart supérieur, et il était facile d'en suivre la traînée jusqu'au foyer axillaire. J'ai vu aussi deux fois les grands abcès de l'aisselle amener un épanchement pleurétique mortel par simple transmission médiate.

Rien n'est plus commun, messieurs, que les conséquences les plus fâcheuses des abcès de l'aisselle, et cependant les auteurs gardent généralement le silence à cet égard. La mort en est souvent le résultat. Dans quelques recueils scientifiques, on en trouve néanmoins quelques exemples assez clairement exprimés. Le fils du célèbre J.-L. Petit a

succombé à un pareil abcès. Fabricé de Hilden dit positivement qu'un enfant de dix-huit mois, pris d'un abcès à l'aisselle, mourut des suites de cet abcès qui avait décollé la plèvre des côtés et attaqué le poumon. La maladie avait commencé à l'âge de deux mois. On trouve encore quelques exemples de ces terminaisons des abcès de l'aisselle dans Ravaton, Delamotte, etc. etc.

Vous voyez, messieurs, combien il importe de ne pas confondre les abcès des deux premières espèces avec ceux de la troisième, tant le danger est différent. Ce danger, du reste, est très facile à concevoir, quand on se rappelle l'arrangement anatomique des parties; l'explication en est en quelque sorte mathématique.

Les auteurs ont émis des opinions très diverses à l'occasion du traitement des abcès de l'aisselle. Il y a des chirurgiens qui recommandent de ne les ouvrir que le plus tard possible; tel est Sabatier, par exemple. Delamotte, au contraire, veut qu'on les ouvre de très bonne heure. Le premier a raison, s'il ne s'agit que des abcès des ganglions; le second aussi, quand il est question des abcès de l'excavation axillaire. Quant à moi, je soutiens qu'à l'exception des abcès ganglionnaires, il faut ouvrir de très bonne heure les abcès phlegmoneux de l'aisselle. Si on tient une conduite contraire, on s'expose à de grands inconvénients : dans le cas d'abcès superficiels, on prolonge inutilement les souffrances du malade, et on permet à la suppuration de s'étendre; on laisse s'opérer un décollement et un amincissement de la peau tels, qu'il en résulte souvent des fistules très difficiles à cicatrifier. Quand il s'agit d'abcès de la seconde espèce, on s'expose à voir s'établir des fusées dangereuses; les abcès peuvent devenir profonds, et décoller au loin les téguments. Enfin il y a danger imminent à reculer l'ouverture des abcès de la troisième espèce, car ils ont une grande tendance à se porter au-dedans et à s'étendre dans une foule de directions. Tem-

poriser dans ces cas est une grande imprudence. Si on ouvert ces abcès avant qu'ils ne soient parfaitement mûrs, cela a peu d'inconvénients, et peut-être, comme je vous l'ai déjà dit plusieurs fois, il y a des avantages. L'engorgement inflammatoire se résout plus vite. D'ailleurs il est bon de savoir que, dans ces abcès de l'excavation axillaire, la fluctuation ne se fait sentir que très tard, à cause de la profondeur et de la souplesse des tissus qui les supportent. A l'hôpital de la Pitié, en 1832, un fort de la Halle avait une douleur très vive et une tuméfaction considérable dans l'aisselle; il y avait une fièvre très forte, tous les signes enfin d'un vaste abcès dans l'aisselle; mais on ne sentait point la fluctuation, et il n'y avait aucun changement de couleur à la peau. J'enfonçai un bistouri à plus de trois pouces de profondeur avant d'arriver au foyer qui contenait plus d'un verre de pus. En ouvrant ces abcès, il faut suivre le précepte de Delamotte, qui recommande de faire une large ouverture, car une petite incision ne permettant souvent pas à l'abcès de se vider complètement, le pus ne s'en creuse pas moins d'autres voies, amincit la peau, et stagne au fond du foyer. Lorsqu'on ouvre largement le foyer au contraire, il se vide sans obstacle, et se ferme ensuite du fond vers la peau avec une rapidité qui surprend. Je ne retire que des avantages de cette conduite, et c'est celle que je vous engage à suivre. Il faut sans doute aller avec prudence quand on porte l'instrument tranchant profondément dans une région où il existe tant de vaisseaux et de nerfs importants. Il suffit d'ailleurs, pour se mettre à l'abri de tout danger, de porter le bistouri, tenu comme une plume à écrire, le dos tourné vers la face interne du bras, de manière que sa pointe soit dirigée en haut et en dedans, comme pour tomber sur la partie supérieure de la paroi thoracique; de cette manière, on peut inciser largement les abcès de l'aisselle sans crainte de blesser autre chose que les ganglions lymphatiques, les artères thoraciques

externes ou postérieures, le nerf qui vient se perdre dans le muscle grand dentelé et les filets du plexus brachial.

Lorsqu'on a ouvert les abcès de l'aisselle, il est inutile, s'il est un peu vaste, d'employer la pression pour en faire sortir le pus; il vaut mieux abandonner le foyer à la propre rétractilité de ses parois. Si en effet on exerce une forte pression dessus, l'air s'y introduit ensuite en quantité plus ou moins considérable, altère, vicie le pus qu'il contient, et peut amener des accidents fâcheux.