

à cause du danger d'infection générale et de la longue durée de la maladie en cas de suppuration. Mais, dès que les glandes se caséifient et contractent des adhérences avec les organes voisins, on doit user de grandes précautions dans l'extirpation de la tumeur, car les ganglions malades sont en grande partie en rapport avec la veine axillaire avec laquelle ils contractent facilement des adhérences. L'opération est alors pratiquée de la même manière que lorsqu'il s'agit de ganglions carcinomateux de l'aisselle (vol. II, page 119).

C. NÉOPLASMES.

§ 40. — La ceinture thoracique est fréquemment le siège de **lipomes**, et, particulièrement au niveau de l'omoplate, leur extirpation présente parfois des difficultés dues au prolongement qu'envoie la tumeur dans la profondeur jusque dans les interstices musculaires. Des kystes à échinocoques ont été aussi rencontrés quelquefois dans le deltoïde et traités par l'extirpation.

La cavité axillaire donne beaucoup à faire au chirurgien, au point de vue opératoire, à cause des tumeurs qui se développent dans cette région. Dans la grande majorité des cas, il s'agit de tumeurs secondaires des glandes lymphatiques, et surtout de **carcinomes** qui se développent dans l'aisselle, chez les individus affectés de cancer du sein. Nous en avons fait mention déjà à propos des maladies de la glande mammaire (vol. II, page 119), et nous avons décrit le procédé d'extirpation de ces tumeurs secondaires, ainsi que du tissu adipeux de l'aisselle. Cependant, il n'est pas du tout rare d'observer également des tumeurs primitives de la cavité axillaire, et tout particulièrement des lymphomes, des tumeurs ganglionnaires tuberculeuses (voir § 39) et des lymphosarcomes semblables à ceux que nous avons décrits dans la région du cou; de même on y rencontre des sarcomes en relation avec les vaisseaux, ainsi que des fibromes. Plus rarement on observe des lipomes volumineux et des tumeurs cavernieuses; les premiers s'étendent volontiers sous les muscles du voisinage (grand pectoral, grand dorsal). On a également rencontré et opéré plusieurs fois des **névromes** des gros troncs nerveux et particulièrement du médian. L'extirpation de ces tumeurs fait courir le danger d'une lésion des gros troncs vasculaires et nerveux.

Les **lymphangiomes caverneux** ne sont pas précisément très rares dans la région de l'aisselle. Une partie d'entre eux peuvent être facilement extirpés.

C'est la veine axillaire qui risque le plus d'être blessée, à cause de sa situation très superficielle. Lorsque, dans une opération de tumeur de l'aisselle, on arrive dans le voisinage de cette veine, on doit s'attendre à la blesser, car ce vaisseau, surtout dans les cas de sarcomes volumineux, peut être aplati et

appliqué contre la tumeur, ou être entouré par le néoplasme avec lequel il a contracté des adhérences; aussi peut-il facilement passer inaperçu de l'opérateur. La veine a-t-elle été blessée, on applique aussitôt un ou plusieurs doigts sur l'orifice d'écoulement et l'on fait une double ligature (au catgut). Il n'y a pas grand danger à sectionner la veine axillaire ou même à en exciser des portions étendues. La gangrène de la main n'est pas à craindre au même degré que la gangrène du pied, à la suite de la section de la veine fémorale à sa partie supérieure; d'autre part, lorsqu'on opère aseptiquement, on n'a pas à redouter beaucoup le danger de la thrombose et de l'embolie, ainsi que de la pyémie.

§ 41. — La **clavicule** est quelquefois le point de départ de **sarcomes périostaux myéloïdes**. Au sujet de ces derniers particulièrement, il existe un certain nombre d'observations publiées en partie sous le titre de carcinome de l'os. Des **exostoses et hyperostoses** locales ont été assez souvent observées et traitées soit par l'ablation de l'exostose, soit par la résection de la partie de l'os affectée d'hyperostose (LOTZBECK). Les **sarcomes** de la clavicule ont été aussi assez souvent l'objet d'une intervention opératoire consistant à enlever soit seulement une partie de l'os, soit l'os tout entier. Cette opération n'offre aucune difficulté lorsque la clavicule est intacte. On fait une incision correspondant à toute la longueur de l'os, on divise le périoste que l'on détache avec précaution sur les faces antérieure, supérieure et inférieure de la clavicule, avec les muscles qui s'insèrent sur cette dernière. Puis on opère la désarticulation de l'extrémité sternale de l'os que l'on attire en haut au moyen d'un davier, ce qui permet de détacher peu à peu, à l'aide du bistouri et de la rugine, le périoste de la face postérieure jusqu'à l'articulation acromio-claviculaire que l'on sectionne à son tour. Mais l'opération est plus difficile lorsqu'on a affaire à une *tumeur volumineuse de la clavicule*. Naturellement il ne peut être alors question de conserver le périoste. On sépare les muscles de la clavicule tuméfiée, puis on désarticule l'extrémité sternale et l'on attire en haut la tumeur, en ayant soin de raser toujours sa face postérieure, de façon à épargner les vaisseaux, les nerfs ainsi que la plèvre. Lorsqu'une partie seulement de la clavicule est affectée, on sectionne l'os dans sa partie saine, puis au niveau de la section, on attire en haut le côté malade et l'on isole la tumeur en suivant sa face postérieure jusqu'à l'extrémité articulaire correspondante que l'on désarticule.

§ 42. — Il a été publié un grand nombre d'observations de **néoplasmes de la région de l'omoplate**. Dans la plupart des cas ils ont pour point de départ l'omoplate elle-même, et ils s'étendent peu à peu à l'os tout entier ainsi qu'aux muscles qui s'y insèrent, le long desquels ils se propagent jusqu'à l'articulation de l'épaule et à la clavicule.

Les **enchondromes** qui constituent les tumeurs relativement les plus bénignes de l'omoplate, restent assez longtemps limités à des parties circonscrites de l'os; de même les **fibromes** qui ont le périoste pour