

qui s'y trouvent, gêne la circulation veineuse du membre supérieur et donne naissance à des douleurs très vives.

Pour les raisons que nous connaissons l'articulation scapulo-humérale reste indemne, le cartilage qui la revêt ne saurait en effet être envahi, mais la masse du néoplasme en gêne mécaniquement les mouvements. Aussi longtemps que la néoplasie n'a pas franchi les parois de la coque osseuse qui l'enveloppe, elle n'a aucune adhérence avec les parties voisines et les mouvements de l'omoplate se transmettent à la tumeur, tout comme inversement ceux que l'on imprime à cette dernière entraînent le scapulum.

Il n'est pas toujours facile, quand on se trouve en présence d'une masse volumineuse envahissant et débordant la région scapulaire, de savoir au juste où elle s'est développée et quelle en est la nature. Une grande collection purulente, un abcès froid, développé entre le thorax et l'omoplate soulevée peut faire croire à une néoplasie partie de la face antérieure du scapulum, la ponction exploratrice seule pourra lever les doutes. Les volumineuses adénopathies de l'aisselle peuvent soulever et déborder l'omoplate, mais leur mode d'évolution, l'état général du malade, etc., devront mettre sur la voie du diagnostic. Les néoplasies développées dans la tête humérale pourront souvent en imposer, mais aussi longtemps que les unes ou les autres n'auront pas englobé les organes voisins, l'on pourra toujours constater si la tumeur se meut avec les mouvements d'ensemble de l'épaule ou s'ils restent limités à ceux dont l'articulation scapulo-humérale seule est capable. Disons encore que les gros lipomes de la région scapulaire ont pu être pris pour des tumeurs malignes. Ici intervient la question de diagnostic entre les différentes variétés de néoplasies; pour ne pas tomber dans les redites je renvoie au tome I, Tumeurs en général.

Traitement. — L'intervention chirurgicale seule est indiquée, les palliatifs, les fondants, etc., sont choses inutiles et font perdre du temps, à moins qu'il ne s'agisse d'ostéomes syphilitiques justiciables du traitement spécifique. Dès que la nature de la tumeur est reconnue, dès que la déformation de la région, les douleurs et l'impotence relative du membre amènent le malade auprès du chirurgien, il faut intervenir. Mieux vaut, en effet, agir lorsque la coque osseuse repoussée excentriquement par le néoplasme n'est pas encore détruite, et que les adhérences avec les organes voisins n'existent pas encore, que d'attendre et de voir l'opération devenir de jour en jour plus laborieuse. Aussi longtemps que l'on pourra se borner à des opérations partielles, à des résections de telle ou telle partie de l'os malade, on s'en contentera, à la condition absolue de dépasser toujours les limites du mal; c'est pour ne pas avoir été assez loin dans les extirpations que les chirurgiens ont pu constater souvent des récidives. Lorsque la tumeur est énorme, lorsqu'elle envahit la région scapulaire tout entière, l'épaule, le creux

axillaire, mieux vaut une opération radicale par laquelle on extirpe l'omoplate en entier ainsi que le membre supérieur et une partie de la clavicule s'il en est besoin. Ces énormes opérations réussissent aujourd'hui grâce aux procédés antiseptiques et tout récemment encore j'ai vu mon confrère Monod (de Bordeaux) en amener une à bien avec guérison rapide et sans aucune complication.

ARTICLE II. — AFFECTIONS DE L'AISSELLE.

§ 1. — Plaies.

Les plaies de l'aisselle produites par des instruments piquants, tranchants ou contondants, sont simples lorsque, bien que profondes, elles n'intéressent ni les vaisseaux ni les nerfs de la région axillaire. Un seul phénomène spécial est à signaler : il est rare que ces plaies se produisent quand le membre supérieur pend le long du tronc, mais dès qu'elles sont produites celui-ci retombe, en raison de la douleur et de la gêne musculaire, aussi les plans cutanés et musculaires atteints ne se trouvent-ils plus, l'un par rapport à l'autre, dans une situation de parallélisme parfait; la peau ayant, en général, joué sur les muscles, le sang extravasé ne pourra donc se faire facilement jour au dehors, et s'accumule au-dessous de la peau, en s'infiltrant de proche en proche dans le tissu connectif sous-cutané. On a pris souvent la crépitation des caillots écrasés sous les doigts pour de l'emphysème, mais d'abord le défaut de parallélisme des couches empêche la pénétration de l'air et la formation d'un emphysème venu du dehors, et d'autre part, à moins de complications graves, comme il s'en produit pour les plaies par projectiles de guerre, les voies respiratoires ne sont pas ouvertes, et un emphysème venu de dedans en dehors n'a aucune possibilité de se produire.

Les plaies profondes de l'aisselle sont souvent compliquées de lésions des artères, des veines ou des gros troncs nerveux qui parcourent la région.

Les branches de l'axillaire peuvent toutes être atteintes, le plus habituellement ce sont la circonflexe ou la sous-scapulaire. L'écoulement du sang est en rapport avec le volume du vaisseau et la grandeur de la plaie extérieure; lorsque celle-ci est étroite, anfractueuse, lorsque le parallélisme de la peau et des plans sous-jacents n'existe pas, le sang peut s'infiltrer dans le tissu connectif sous-cutané, et constituer ainsi un anévrysme diffus primitif qui, par la réaction élastique de la peau et par les caillots, comprimera le vaisseau et arrêtera momentanément l'hémorragie. Ainsi que nous allons le voir, le même fait peut se produire dans les cas de blessure du tronc de l'axillaire. La blessure d'une branche n'influe que peu sur le pouls radial, et n'entrave qu'en partie la nutri-

tion du membre dont la température ne s'abaisse que faiblement. On comprend dès lors combien il est malaisé de savoir, dès l'abord, si l'hémorrhagie est due à telle ou telle branche de l'axillaire; mais, quoi qu'il en soit, dès que l'on s'aperçoit que la vie du blessé est compromise, il ne faut pas hésiter, et au lieu de lier le tronc ou la sous-clavière, mieux vaut aller largement à la recherche du vaisseau lésé, et en lier les deux bouts dans la plaie; on évitera ainsi les chances funestes et toujours à craindre d'une hémorrhagie consécutive. Grâce à l'antisepsie, nous pouvons aujourd'hui, sans crainte aucune d'infection pyohémique, pratiquer ces recherches qui nécessitent toujours des délabrements plus ou moins considérables.

Quand le tronc de l'axillaire est atteint lui-même, l'hémorrhagie est en rapport avec la nature de la plaie du vaisseau (voir t. I); toujours elle est grave, souvent très rapidement mortelle. Une chance heureuse pour le blessé existe dans l'étroitesse de la plaie extérieure et dans le non-parallélisme des plans, qui entraînent la formation d'un anévrysme diffus avec caillots. Ainsi que nous venons de le dire, l'élasticité de la peau distendue réagit sur le vaisseau, le comprime, et arrête momentanément l'hémorrhagie.

Le sang repousse en avant le grand pectoral au-dessous duquel il s'est accumulé; la région est déformée par cet amas de liquide. La quantité de sang qui s'échappe au dehors par la plaie artérielle entraîne une diminution ou même la disparition du pouls radial; le membre supérieur se refroidit, bleuit, et l'insuffisance ou l'interruption de sa nutrition entraîne rapidement sa gangrène humide ou sèche. Si les choses restent en l'état, au bout de peu de temps, par suite de la compression des caillots que détermine l'élasticité de la peau, il se produit une diminution de la tension dans l'anévrysme diffus, tandis que la pression artérielle, toujours renouvelée par l'impulsion cardiaque agit sur les caillots obstrueteurs, les déplace, et une ou plusieurs hémorrhagies secondaires s'établissent, et enlèvent le malade déjà épuisé par la première perte de sang. La syncope due à la perte de sang peut, elle aussi, ainsi que nous l'avons expliqué (tome I), être une cause d'hémostase, et sauver momentanément la vie du malade. D'autres fois encore, alors que les caillots ont résisté, que l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite, la distension des parois et l'intoxication microbienne déterminent la suppuration de la poche anévrysmale avec toutes ses conséquences, hémorrhagies tardives, infection générale.

De tout cela il résulte nettement que si l'artère axillaire est ouverte, et que le chirurgien arrive immédiatement, il doit arrêter, au moins provisoirement, l'hémorrhagie par une compression appropriée, et gagner ainsi du temps, jusqu'à ce qu'il puisse l'arrêter définitivement par la ligature des deux bouts dans la plaie. Mais si, par suite d'une syncope ou par les caillots accumulés autour du vaisseau blessé, l'hémorrhagie

est arrêtée lors de l'arrivée du chirurgien, quelle sera la conduite qu'il devra tenir? S'il hésite, s'il temporise, s'il quitte le blessé, il court le risque de voir l'hémorrhagie se reproduire et enlever le malade; mieux vaut donc mettre à profit le répit momentané qui lui est donné, et sans hésiter, après avoir pris toutes les précautions que si souvent nous avons indiquées, aller à la recherche des deux bouts du vaisseau divisé et les lier. Cette pratique ne gêne en rien l'établissement de la circulation collatérale, et si les ligatures sont bien faites, elle met à l'abri des hémorrhagies consécutives par le bout inférieur, que ne saurait prévenir la ligature du tronc de l'axillaire ou même de la sous-clavière, au-dessus de la blessure.

Mais il n'est pas toujours facile, quand un anévrysme diffus s'est produit, quand la poche s'est enflammée, quand les caillots ont suppuré, de retrouver les deux bouts du vaisseau et de les lier isolément; c'est alors que surviennent les hémorrhagies tardives. On pourra toujours, en pareil cas, par une compression bien établie, arrêter momentanément l'écoulement du sang, lier, s'il le faut, le tronc au-dessus de la blessure par la méthode d'Anel; et si l'hémorrhagie continue par le bout inférieur, aller hardiment à la recherche de ce dernier et le lier. Les ligatures du tronc de l'axillaire, voire même de la sous-clavière, en dehors des scalènes, n'empêchent pas les hémorrhagies tardives par le bout inférieur; les anastomoses entre les scapulaires sont, en effet, des plus faciles, ainsi que l'anatomie nous le démontre.

Lorsque, malgré tout cela, les hémorrhagies ne s'arrêtent pas, et menacent la vie du blessé à bref délai, par suite de la destruction d'un grand nombre de branches anastomosiques impossibles à découvrir, il ne reste plus qu'une seule ressource, c'est l'ablation de l'épaule, la désarticulation scapulo-humérale faite avec tous les procédés nouveaux d'hémostase immédiate et d'antisepsie absolue. Il me paraît inutile de répéter ce que j'ai dit et établi plus haut, que la menace ou mieux l'établissement de la gangrène du membre supérieur déterminée par l'arrêt circulatoire réclame également cette opération radicale qui seule, en pareil cas, peut donner quelques chances de réussite.

La veine axillaire est quelquefois blessée ou sectionnée en même temps que l'artère, il reste alors bien peu d'espoir de conserver le membre dont les grandes voies circulatoires d'aller et de retour sont interceptées à la fois; on connaît quelques cas où les deux vaisseaux touchés en même temps, mais incomplètement sectionnés, ont donné naissance à un anévrysme artérioso-veineux sur l'étude duquel nous allons revenir. Quand la section est complète, il ne reste qu'une seule chance de succès, c'est l'ablation du membre; la gangrène s'établirait forcément avant que les voies collatérales artérielles ou veineuses aient eu le temps de s'établir d'une manière suffisante pour en amener la nutrition.

Quand la veine est atteinte isolément, quand on voit le flot sanguin noir qui s'écoule s'arrêter sous une compression en aval, on court beaucoup moins de dangers immédiats que lorsque l'artère est ouverte; la ligature des deux bouts donne de très bons résultats; en effet, les communications veineuses anastomotiques entre le membre supérieur et la veine sous-clavière se dilatent facilement; l'œdème, la gêne circulatoire disparaissent peu à peu, et tout peut se réparer.

Lorsqu'au contraire les troncs nerveux sont simultanément atteints et déchirés avec l'artère et la veine, il ne reste plus aucun espoir: le membre paralysé par la section des nerfs, privé de nutrition par celle des vaisseaux, est fatalement condamné à la gangrène sèche ou humide; il périra fatalement par inanition ou par inanition; il faut donc en débarrasser le blessé, qui n'a plus que cette chance unique de survivre à sa blessure.

A. — *Anévrysmes axillaires.*

Les plaies artérielles de l'aisselle, comme toutes celles que nous aurons encore à passer en revue, peuvent ne pas provenir seulement de l'extérieur, elles peuvent être dues à des déchirures, à des violences internes, esquilles osseuses, ruptures par élongations déterminées par des luxations, par des manœuvres chirurgicales; mais toujours, alors, la friabilité de leurs parois, due à l'athérome, est une des causes efficientes de leur rupture. C'est dans ces conditions que se déterminent les anévrysmes.

A. *Anévrysmes diffus.* — Déjà nous venons de décrire les anévrysmes diffus qui succèdent aux plaies artérielles; les accidents sont les mêmes, soit que la plaie du vaisseau ait été produite par un traumatisme venu du dehors, ou que, sous l'effort d'une saillie osseuse ou autre, déplacée, l'artère se soit rompue; toujours le sang s'infiltrera au pourtour du vaisseau brisé dans le tissu connectif ambiant, il s'y répandra plus ou moins rapidement, et déterminera un anévrysme diffus brusque ou lent. Quand, au contraire, le tissu connectif ambiant est déjà condensé, quand ses mailles sont circonscrites au lieu de se répandre au loin, le sang se bornera à dilater la poche connective avec laquelle il communique, et l'anévrysme est circonscrit.

Nous n'avons donc pas à insister ni à revenir sur ce que nous venons de dire des anévrysmes diffus de la région axillaire; qu'ils soient d'origine traumatique extérieure ou intérieure, leur histoire est la même. Disons seulement que, souvent, on les a vus succéder, immédiatement ou consécutivement, à des efforts de réduction, dans les cas de luxation scapulo-humérale, alors qu'on employait les manœuvres de force, ou à des tentatives de redressement d'ankylose; disons, en outre, que les battements isochrones et le bruit de souffle y sont toujours per-

ceptibles, plus ou moins atténués, suivant que les parois sont épaissies, ou que les caillots y sont nombreux, que le pouls radial est très affaibli ou même aboli.

Lorsque l'ouverture de l'artère est petite, lorsque la blessure a porté sur une branche de l'axillaire, l'anévrysme diffus se produit plus lentement et ne déforme pas d'emblée la région. Dans les deux cas, un peu plus tôt, un peu plus tard les nerfs du plexus sont comprimés; des fourmillements, des douleurs irradiées fatiguent le blessé; les veines sont toujours comprimées, aussi le membre, qui se refroidit par absence de circulation artérielle, bleuit-il et s'œdématie-t-il par gêne veineuse. La tumeur qui envahit l'aisselle repousse le bras en dehors et en haut.

Les blessés peuvent succomber immédiatement par hémorrhagie interne, ils peuvent succomber plus tard par rupture de la peau, parce que son élasticité a été vaincue ou parce qu'elle présente des points de gangrène. D'autres fois la poche peut suppurer, les phénomènes phlegmoneux se manifestent: fièvre intense, rougeur de la peau, etc., etc., le phlegmon s'ouvre, les caillots sont entraînés au milieu d'un pus gangréneux et l'hémorrhagie reparaît; l'artère est en effet toujours béante et le malade est enlevé parce que le chirurgien arrive trop tard ou parce que la ligature devient très difficile au milieu du magma qui remplit la poche. L'opération faite dans ces conditions a beaucoup de chances d'insuccès, en effet le malade affaibli, par l'hémorrhagie interne, se trouve dans les conditions les plus propices au développement de la pyohémie ou de la septicémie.

Traitement. — Je renvoie pour le traitement de l'anévrysme diffus d'origine interne à ce que je viens de dire de celui qui suit une plaie; ici comme là si les hémorrhagies se reproduisent, si la ligature est devenue impossible, il reste, comme moyen suprême, la désarticulation de l'épaule. Elle est indiquée alors même que la suppuration de la poche a mis le malade dans des conditions éminemment fâcheuses.

B. *Anévrysmes circonscrits.* — Les anévrysmes circonscrits de l'aisselle sont en général du volume d'une grosse orange, bien qu'on en ait vu atteindre celui d'une tête d'adulte, ils refoulent toujours la paroi antérieure du creux axillaire, suivant leur siège sur le vaisseau ils repoussent plus ou moins la clavicule de bas en haut, ce qui rend la recherche de l'artère très difficile. Les nerfs comprimés donnent naissance à des douleurs, à des engourdissements du membre supérieur, la compression des veines entrave la circulation veineuse. La présence de cette tumeur volumineuse gêne les mouvements du bras et les annihile quand elle est très grosse et qu'il est difficile ou même impossible d'en reconnaître les limites et le point d'implantation. Le pouls radial est toujours très diminué et quelquefois aboli. Les battements isochrones et le souffle n'y sont pas perceptibles quand les parois de la poche anévrysmale sont épaissies, doublées par des couches denses de fibrine, quand l'ouver-