

ture de l'artère est petite, aussi nombre de chirurgiens ont-ils méconnu la nature des anévrysmes circonscrits de l'aisselle, prenant tantôt un anévrysme pour un abcès, ou une tumeur pulsatile pour un anévrysme.

Sous l'influence d'un traumatisme ou spontanément par usure de ses parois, la tumeur qui s'accroît sans cesse peut se rompre et l'anévrysme circonscrit devient diffus, le blessé est alors soumis à tous les dangers que nous connaissons. La poche peut s'enflammer et suppurer, elle peut encore se gangréner. Ces accidents paraissent, dans quelques cas très rares, en avoir amené l'oblitération et la guérison. Pendant une autopsie Abernethy a constaté une fois la guérison spontanée d'un anévrysme axillaire circonscrit, ce fait unique ne saurait engager les chirurgiens à s'abstenir.

Traitement. — La ligature de l'axillaire au-dessus du sac a donné quelques bons résultats, mais le refoulement de la clavicule et la présence de la tumeur rendent souvent cette opération difficile. La ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes présente elle-même souvent de grandes difficultés dues aux mêmes raisons; néanmoins depuis les procédés antiseptiques elle compte des succès.

On peut ouvrir le sac et lier au-dessus et au-dessous de lui ou encore faire ces deux ligatures en respectant la tumeur, mais ce dernier mode opératoire est fort difficile dans une région où les mouvements des chirurgiens sont bridés par la clavicule et par les plaies musculaires.

Par la méthode d'Anel, ligature de l'axillaire ou de la sous-clavière au-dessus de l'anévrysme, comme par le procédé de ligature au-dessus et au-dessous en respectant la poche, les caillots restent en place, l'inflammation peut s'emparer de la tumeur si l'opération n'est pas conduite avec toutes les précautions antiseptiques possibles. On a vu cette inflammation du kyste hématique laissé en place ne survenir que tardivement sous l'influence de frottements, de contusions; en général cet accident, bien que grave, n'est pas fatal depuis les nouvelles méthodes de pansement.

Je ne dirai rien de la compression, de l'électro-puncture qui ne comptent pas de succès, et je terminerai en rappelant qu'en cas de nécessité absolue la désarticulation scapulo-humérale est toujours le moyen radical et ultime.

C. Anévrysmes artérioso-veineux. — On en connaît quelques cas toujours déterminés nécessairement par une blessure, un coup de feu, une piqûre; la région est gonflée, la paroi antérieure du creux axillaire repoussée en avant; la tumeur ne s'accroît que fort peu, les mouvements du membre sont gênés, mais nullement abolis. Le bruit de rouet, le thryll fatiguent ou contrarient le blessé. La vie n'étant pas compromise, à moins de complications, il n'y a donc pas lieu d'intervenir.

Brûlures. — Les brûlures, par eau bouillante surtout, sont assez fréquentes sur la partie antéro-latérale de l'aisselle. Elles laissent à leur

suite des cicatrices vicieuses qui collent le bras contre le thorax et entravent les mouvements. Je renvoie à ce que j'ai dit plus haut des cicatrices vicieuses et des moyens que l'on doit employer pour en éviter la production et pour les combattre une fois qu'elles sont produites, je me contente de rappeler que trop souvent les efforts du chirurgien sont vains et que l'infirmité se reproduit en vertu du mécanisme de formation anatomique que j'ai décrit.

§ 2. — Lésions nutritives de l'aisselle.

Sur la peau de la paroi antérieure, comme sur celle du creux axillaire peuvent se développer des furoncles qui seront d'autant plus fréquents que la sueur, la malpropreté deviennent trop souvent des causes efficaces d'irritation et d'infection microbienne des glandes sébacées situées à la base des poils.

Dans les couches profondes de la peau mince et délicate qui revêt le fond de l'aisselle existent des glandes sudoripares très développées, l'enroulement du tube excréteur qui constitue le glomérule sudoripare est plongé dans le tissu connectif sous-dermique qui pénètre entre les anses enroulées pour les maintenir. Sous l'influence d'une hypersécrétion de la sueur, toujours acide, du creux de l'aisselle un érythème cutané se produit surtout en l'absence des soins de propreté. L'érythème peut s'étendre par continuité jusqu'au tissu connectif périglomérulaire et l'enflammer. Il se produit alors un certain nombre de nodosités dures, douloureuses, en rapport avec la quantité des glomérules enflammés; au bout de quelques jours, de quelques semaines, les mouvements axillaires, les compressions, etc., y aidant, ces masses enflammées peuvent passer à suppuration et donner naissance à de petits abcès dits *tubéreux*. Les nerfs cutanés irrités donnent naissance à des douleurs vives, un état fébrile se manifeste et bientôt la base du creux axillaire est le siège d'un grand nombre de petits phlegmons qui gênent les mouvements de l'épaule. Aussitôt le pus reconnu il faut lui donner issue, pratiquer des lotions antiseptiques, la guérison est toujours facile.

Souvent cependant ces accidents se reproduisent, leur persistance éveillera l'attention du chirurgien et habituellement il trouvera du sucre dans les urines. C'est alors la glycosurie, dont les abcès tubéreux ne sont qu'un épiphénomène, dont il faudra s'occuper sans négliger les accidents locaux.

Lorsque les lymphatiques du membre supérieur ou du sein ont entraîné des substances septiques et les ont amenées jusque dans l'aisselle, lorsque les vaisseaux lymphatiques axillaires enflammés ont communiqué leur irritation au tissu connectif ambiant en continuité avec celui des parois, toute la masse conjonctive comprise dans les couches superficielles du creux axillaire, masse qui est unie à celles étalées

entre les deux muscles pectoraux et au-dessous d'eux, peut s'enflammer. Il en résulte alors un phlegmon des parois de l'aisselle. La situation du pus est déterminée par la direction des différentes aponévroses du cou et de l'aisselle, tantôt il est superficiel immédiatement au-dessous de la peau qu'il soulève, tantôt il se trouve entre les deux muscles et fait saillir le grand pectoral, tantôt encore il est au-dessous du petit pectoral. La fluctuation est d'autant plus difficile à percevoir que le pus est plus profond.

Lorsque la suppuration est due à une cause septique le phlegmon devient d'ordinaire diffus et s'accompagne de tous les graves symptômes que nous connaissons : fièvre intense, anorexie, frissons, prostration générale, aspect livide et érysipélateux de la peau, phlyctènes, plaques gangréneuses, etc.

Il suffit d'indiquer la possibilité de tous ces accidents pour faire comprendre combien il importe toujours d'assurer une issue facile au pus, de désinfecter le foyer, de le drainer et de soutenir les forces du malade.

Quand les éléments septiques sont amenés aux ganglions de l'aisselle par les lymphatiques qui s'y rendent (membre supérieur, région sous-claviculaire, creux axillaire, région scapulaire, région thoracique supéro-externe), ces ganglions deviennent le siège d'adéno-phlegmons qui se propagent au tissu connectif profond de l'aisselle, au milieu duquel ils sont plongés, et donnent naissance à des phlegmons axillaires profonds. Lorsque la septicité des produits afférents est peu grave, l'adéno-phlegmon reste limité et un abcès qui s'ouvre dans l'aisselle en est la conséquence. Quand au contraire la septicité de ces produits est plus grande, quand ils ont été amenés en quantité considérable, le phlegmon se généralise à tous les ganglions voisins, tout le tissu connectif de l'aisselle s'enflamme jusque dans ses prolongements antérieurs et postérieurs, une vaste poche phlegmoneuse s'étend alors depuis les parois thoraciques jusqu'au devant de l'omoplate entre le sous-scapulaire et le grand dentelé. Le même fait a été observé à la suite d'intoxication infectieuse générale, consécutive à des fièvres septiques graves, la voie suivie par les produits infectieux n'est pas facile à suivre en pareil cas.

Les aponévroses axillaires brident la poche en avant et gênent son examen, aussi la poussée de la masse liquide est-elle plus grande en arrière, l'omoplate est repoussée en arrière et en dedans en même temps que le grand pectoral est refoulé en avant. On a vu le pus remonter jusqu'au creux sus-claviculaire et le déformer.

Cet ensemble s'accompagne de tous les troubles généraux qui appartiennent aux phlegmons septicémiques, nous n'insisterons donc pas. Le malade peut succomber rapidement à l'intoxication septique. Aussi ne faut-il pas hésiter et agir aussitôt que l'affection est nettement

reconnue, et cela d'autant plus que l'on a signalé des désordres pleuraux en relation avec la gêne veineuse circulatoire des parois thoraciques occasionnée par la pression du pus.

Traitement. — Lorsqu'il s'agit d'un adéno-phlegmon limité, circonscrit, on l'ouvrira dès que la fluctuation y sera devenue manifeste, on l'ouvrira avec précaution de crainte de blesser les vaisseaux et les nerfs que la collection purulente a pu déplacer.

Quand au contraire l'adéno-phlegmon est diffus, lorsque la région est encore empatée, qu'elle est rouge, tendue, après l'application de larges cataplasmes et alors même que le pus n'est pas encore réuni en foyer, on débridera la région par des incisions multiples, on déchirera, avec la sonde cannelée, les aponévroses qui brident et l'on tombera sur de petits foyers multiples, bientôt de nouveaux points de suppuration se manifesteront, on les ouvrira et ainsi de suite, jusqu'à rémission des accidents. D'autres fois, quand le chirurgien est consulté un peu tardivement, le pus est réuni, l'ouverture du foyer en laisse écouler des flots. Que l'opération ait été hâtive ou tardive, toujours et pendant très longtemps le tissu connectif induré continue à suppurer et des fistules interminables en sont la conséquence, on tâchera d'y obvier par des drains, des injections détersives antiseptiques, et par l'immobilisation du bras.

On rencontre quelquefois dans l'aisselle des abcès ossifluents venus des côtes, du scapulum ou des vertèbres cervicales, le pus suit la direction des vaisseaux ou les plans aponévrotiques. Leur histoire ne présente pas d'intérêt particulier, nous renvoyons donc le lecteur à ce que nous avons dit des abcès froids et ossifluents en général.

§ 3. — Lésions formatives de l'aisselle.

Outre quelques néoplasies cutanées : *adénome sudoripare*, *cancers des ramoneurs*, ces derniers très graves, on a rencontré dans l'aisselle quelques rares kystes congénitaux qui par leur structure et leur contenu rappelaient ceux du cou. Ces kystes avaient acquis un grand volume et déplaçaient le bras et l'articulation scapulo-humérale.

On y a signalé aussi quelques exemples de *kystes hydatiques*, quelques *tumeurs érectiles* parmi lesquelles nous rangeons l'hématome axillaire (Mac-Leod), un certain nombre de *lipomes*, quelques *myxomes* et *enchondromes*.

Toutes ces variétés de tumeurs qui ne sont que des raretés ne méritent pas de nous retenir longtemps, leur pathologie a été faite t. I, au chapitre des tumeurs en général, signalons donc de suite les néoplasies les plus communes que l'on rencontre dans l'aisselle.

Disons d'abord que les infirmes obligés de faire usage de béquilles voient souvent, sous l'influence des pressions exercées sur le creux

axillaire, se développer des *névromes* très douloureux avec impotence fonctionnelle consécutive.

Les tumeurs de l'aisselle les plus fréquentes sont les *adénomes*; simples, quand ils sont dus à des irritations ganglionnaires traumatiques, ou à la tuberculose d'un ou plusieurs ganglions; phlegmoneux dans les cas que nous avons étudiés plus haut, ils peuvent devenir sarcomateux ou carcinomateux, si les lymphatiques mammaires y ont conduit des produits de cette nature. Il semble même que le carcinome peut les atteindre primitivement sans transport de produits venus d'ailleurs (Coyne).

Les *sarcomes* de l'aisselle ne sont pas très rares, ils peuvent acquérir un très gros volume, se creuser de cavités angiomateuses et donner naissance par rupture de celles-ci à des hémorragies très graves.

Disons encore que des tumeurs, ostéomes, enchondromes, ostéosarcomes, sarcomes, développées dans les organes voisins, tissu connectif intermusculaire, aponévroses, etc., peuvent envahir l'aisselle.

Toutes ces tumeurs axillaires ou péri-axillaires compriment les nerfs du plexus brachial, provoquent des douleurs vives, des paralysies, gênent la circulation, amènent l'œdème du membre, diminuent ou arrêtent le pouls radial.

Leur développement varie avec leur nature, tantôt elles restent presque stationnaires. D'autres fois au contraire elles grossissent rapidement et atteignent des dimensions exagérées; aussi la déformation de la région n'a-t-elle rien de fixe et varie-t-elle avec le volume et le siège de la tumeur.

Ces néoplasies peuvent s'étendre au loin, détruire l'articulation scapulo-humérale, les côtes, et pénétrer dans la cavité thoracique où elles déterminent les accidents que nous avons décrits.

C'est surtout à l'âge adulte que les sarcomes, les carcinomes de l'aisselle, se développent, la jeunesse est plus prédisposée aux adénomes tuberculeux. On comprend aisément que le diagnostic des tumeurs axillaires et de leur nature ne présente pas grande difficulté quand il s'agit de néoplasies secondaires consécutives à un cancer du sein par exemple, mais il n'en est pas de même quand la néoplasie est primitive, bien souvent on ne sait quelle est la tumeur à laquelle on avait affaire qu'après l'avoir enlevée.

Traitement. — Quelle que soit la nature de la néoplasie, du moment où l'on voit qu'elle tend à s'accroître, il est important de l'enlever le plus tôt possible, car plus on tardera, plus l'opération sera difficile. Il faut enlever la tumeur et toutes les masses ganglionnaires voisines, de peur de récidives, et ne pas laisser la moindre masse connective indurée.

Dans ces opérations laborieuses, souvent très délicates en raison des vaisseaux et des nerfs de la région, il importe de ne pas être gêné ni

bridé par les masses musculaires pectorales, et souvent l'on sera obligé de les débrider.

Lorsque la masse néoplasique a envahi toute l'aisselle, englobé nerfs et vaisseaux, poussé des ramifications profondes dans les organes voisins, l'opération devient presque impossible, et je crois qu'on doit y renoncer à moins d'extirper l'épaule et alors encore on risque les récidives, car il est impossible, dans une vaste plaie anfractueuse comme celle-là, d'espérer enlever tout ce qui est envahi par la carcinose.

ARTICLE III. — AFFECTIONS DE L'ÉPAULE.

§ 1. — Lésions traumatiques. — Plaies.

Plaies par instruments piquants et tranchants. — Alors qu'on attachait une importance capitale à savoir si dans une plaie péri-articulaire la synoviale était ou n'était pas ouverte, et qu'en effet les conséquences d'une blessure pénétrante étaient trop souvent mortelles, on divisait toujours les plaies des jointures en plaies pénétrantes et non pénétrantes. Aujourd'hui, grâce aux pansements antiseptiques, l'importance de cette distinction a bien diminué. L'articulation scapulo-humérale peut être atteinte par des coups de fleuret, des coups de baïonnette, elle peut être directement ouverte par des coups de sabre ou de couteau, la synovie peut s'écouler et toujours, si les pansements sont bien faits, si la réunion est exacte, toujours la cicatrisation doit se produire presque aussi facilement que si les muscles seuls sont atteints.

Mais ces plaies peuvent être compliquées de lésions des vaisseaux; nous venons de les étudier longuement. Des coups de sabre peuvent détacher la tête humérale, jadis, en pareil cas, on l'extirpait, et l'on s'efforçait d'obtenir la guérison. Aujourd'hui je crois cette pratique irrationnelle et j'estime que l'on peut toujours obtenir une consolidation sinon osseuse, au moins fibreuse entre les deux fragments, à moins toutefois que la tête humérale ne soit réduite en esquilles. On immobilisera le membre et on traitera la plaie osseuse par les méthodes antiseptiques sans énucléer la tête humérale mobilisée; je ne crois pas avoir besoin de répéter que, s'il existe des esquilles détachées, des corps étrangers, il sera de toute nécessité de les enlever avant de réunir les parties.

Plaies par instruments contondants. — Disons d'abord que les contusions de l'épaule sont fréquentes, coup de bâton, coup de pieu, chute, etc., toujours il en résulte une ecchymose ou un épanchement sanguin, en même temps que la compression, l'écrasement des filets nerveux détermine des douleurs dans l'épaule, douleurs qui peuvent s'irradier le long du bras. Dans ces conditions le blessé immobilise instinctivement son membre supérieur en même temps qu'il plie le coude, pour en diminuer le poids. Quand l'ecchymose n'apparaît intense