

lection dans la plèvre à travers un espace intercostal, si elle a été constatée (cas du fils de J.-L. PETIT), n'en reste pas moins une circonstance exceptionnelle. La coïncidence d'un épanchement pleural et d'un abcès de l'aisselle serait mieux prouvée (VELPEAU, RICHT). Dans la majorité des cas le chirurgien intervient avant que des désordres aussi graves aient pu se produire et la collection largement ouverte donne issue à un flot de pus. Alors commence la période fistuleuse essentiellement longue; elle dure des mois entiers, parfois des années, ce qui s'explique par la destruction du tissu cellulaire, la mobilité des parois de l'aisselle. Assez souvent la cicatrisation définitive n'est obtenue qu'au prix d'une diminution notable dans l'étendue des mouvements de l'épaule. Le pronostic de ces phlegmons diffus est donc beaucoup plus sérieux que celui de la variété circonscrite qui, d'ordinaire, guérit sans laisser de suites.

Diagnostic. — Le diagnostic d'une semblable affection n'offre aucune difficulté; l'examen local attirera l'attention sur les ganglions et le foyer inflammatoire; les symptômes généraux renseigneront immédiatement sur la gravité relative des deux formes.

Traitement. — S'il s'agit d'un phlegmon circonscrit, le chirurgien doit essayer de le faire résoudre par des émissions sanguines, des grands bains, des cataplasmes; dès que la fluctuation est certaine, du dixième au quinzième jour, il faut sans temporiser ponctionner la collection en dirigeant le tranchant de l'instrument vers la paroi thoracique afin de respecter le paquet vasculo-nerveux; l'incision sera ensuite agrandie; d'autres préfèrent, après avoir fendu la peau, déchirer l'aponévrose avec le bec de la sonde cannelée.

Cette conduite ne convient plus dans le phlegmon diffus septicémique; il devient de la plus haute importance de s'adresser à l'état général. A cet effet on a recommandé les vomitifs, les purgatifs, le sulfate de quinine et surtout les boissons et les potions alcooliques, les excitants diffusibles pour soutenir l'état général, combattre l'adynamie, provoquer une diaphorèse souvent salutaire.

Localement les sangsues sont contre-indiquées. Mieux vaudra se borner à appliquer de vastes cataplasmes chauds et à pratiquer des débridements multiples, sans attendre que la suppuration soit collectée. Ici encore l'opérateur se guidera sur les données anatomiques pour éviter la blessure des vaisseaux. Il doit savoir que ces débridements préventifs donnent lieu à un suintement sanguin abondant et même assez persistant dont il ne faut pas s'effrayer outre mesure. Si de nouveaux clapiers viennent à se former, ils seront ouverts de la même façon. Les injections antiseptiques détersives, le drainage facilitent l'élimination des débris du tissu cellulaire et le bourgeonnement de la cavité. Plus tard il est recommandé, pour éviter la formation des fistules intarissables, d'immobiliser le membre supérieur et de faire des injections excitantes afin d'amener la cicatrisation.

D. Abcès froids de l'aisselle. Abcès par propagation. — Outre les variétés d'abcès dont il vient d'être question, nous en signalerons d'autres plus rares. Ce sont d'abord les abcès migrants ou ossifluents résultant de quelque foyer de carie des côtes, de l'omoplate et même des vertèbres cervicales; dans ce dernier cas le pus fuse insensiblement le long des branches du plexus cervical. La fluctuation franche, le début insidieux, l'indolence de la collection,

l'évolution lente de l'affection; enfin la recherche d'une lésion osseuse plus ou moins éloignée permettront de soupçonner la véritable origine du mal. Peut-être pourrait-on les confondre avec les abcès axillaires qui résultent de l'ouverture d'un épanchement purulent pleural dans l'aisselle, accident fort rare; l'exploration du thorax, la réductibilité partielle, la tension de la poche par la toux lèveront les doutes.

VELPEAU, DOLBEAU parlent de vastes collections purulentes métastatiques dans le cours de l'infection purulente. L'état général et les antécédents fourniront de précieux renseignements sur la nature de cette complication d'ailleurs peu commune de la pyémie.

Le traitement des abcès froids de l'aisselle n'offre aucune particularité; il est évident que leur thérapeutique est subordonnée à la lésion initiale; s'ils deviennent gênants, volumineux, il sera préférable de les ponctionner d'abord, de les ouvrir et de les curer ensuite. Les autres abcès seront ouverts conformément aux règles exposées précédemment.

Une dernière variété d'abcès axillaires succèdent à un épanchement sanguin ancien; les caillots accumulés dans l'aisselle ne se résorbent pas toujours et dès lors ils ont une tendance à s'enflammer, à suppurer.

§ 3. — Anévrysmes de l'artère axillaire

Bibliographie. — JACQUOT, *Arch. gén. de méd.*, 1848, p. 31, 153. — SYME, *Med. Chir. Trans.*, 1860, t. XLIII, p. 157. — LEROY, *Ann. de la Soc. de méd. de Caen*, 1860. — BROCA, *Des anévrysmes et de leur traitement*, Paris, 1856. — CALLENDER, *Saint-Barthol. Hosp. Reports*, 1866. — LANDOUZY, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1871, p. 113, 117. — VERNEUIL, *Gaz. heb.*, 1873, p. 184. — *New-York Med. J.*, 1877, p. 26, 508. — TERRIER, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1878. — *Index Catalogue*, t. 1^{er}, art. ANEURISM (AXILLARY), 1880. — FARABEUF, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1880, 541, 554. Thèses de Paris. — 1812, DEBAIG. — 1845, JACQUOT. — 1873, BRUSQUE. — 1875, MARCHANT (Agréé.). — 1879, GRINGOIRE. Consultez les articles AISSELLE et AXILLAIRES des *Dictionnaires* par BECKEL et LE FORT.

1^o ANÉVRYSMES DIFFUS DE L'AISSELLE

Étiologie. — Les anévrysmes reconnaissent trois causes principales :

1^o La rupture d'un anévrysme circonscrit préexistant.
2^o La blessure de l'artère axillaire par des instruments piquants ou tranchants, et même par des projectiles de guerre (anévrysmes traumatiques). FISCHER a relevé sept (7) cas d'anévrysme de l'axillaire par des coups de feu; dans un fait de LEROY (de Caen) l'affection était due à l'ulcération du vaisseau par une aiguille qui séjournait depuis deux ans et demi dans l'aisselle d'un enfant.

3^o La plupart des anévrysmes diffus succèdent à une rupture, à une déchirure partielle ou totale de l'artère ou de l'une de ses principales branches; si dans quelques faits il s'agissait de chutes sur la main, de luxations de l'épaule, de

fractures de la tête de l'humérus, dans la majorité des cas la lésion de l'artère était la conséquence de manœuvres pour la réduction des luxations. Il est évident que l'élongation et la distension qui résultent des tractions violentes auront d'autant plus de chances de déterminer la rupture des tuniques que ces dernières sont déjà altérées par l'athérome. L'ancienneté des luxations, les modifications qui sont survenues dans l'artère par le fait de sa nouvelle position doivent également entrer en ligne de compte.

MARCHANT range sous trois chefs les ruptures artérielles consécutives aux réductions des luxations de l'épaule : 1° celles qui résultent des manœuvres vicieuses ou excessives ; les procédés de la porte, de l'ambi, du talon sont responsables d'un certain nombre d'anévrysmes ; ailleurs on voit cinq, dix et même seize personnes exercer des tractions sur le bras démis ; 2° dans un second groupe de faits sans qu'il soit possible d'attribuer à la violence la rupture du vaisseau, la réduction se fait simplement, sans accident et l'anévrysme survient ultérieurement après un temps plus ou moins long ; 3° quelques anévrysmes sont la conséquence d'erreurs de diagnostic. En pareil cas un rebouteur ou un chirurgien, se croyant en présence d'une luxation, exerce des tractions inconsidérées qui ont pour résultat la rupture du vaisseau.

Signalons enfin la possibilité d'anévrysmes à la suite du redressement de l'ankylose ; le fait d'INGOLDBY mérite d'être rappelé ; il s'agissait d'une personne qui, en cours de traitement pour une ankylose scapulo-humérale, « pour montrer à sa sœur les progrès que faisait la guérison, appuya son bras sur le montant d'une cheminée, en même temps qu'elle se baissait pour donner au membre une position horizontale. Ce mouvement ne lui fit aucun mal sur le moment. Au bout d'une demi-heure, elle éprouva une violente douleur qui finit par gagner l'épaule et la partie supérieure du bras. » Il en résulta un anévrysme diffus de l'aisselle. Dans un fait de GRINGOIRE, l'artère sous-scapulaire avait été rompue à la suite d'une réduction de luxation chez un homme athéromateux.

Symptômes. — L'anévrysme diffus de l'aisselle affecte deux types distincts ; dans l'un, l'épanchement sanguin se forme avec rapidité, en quelques heures ; dans l'autre les choses se passent autrement, la tuméfaction n'apparaît qu'après quelques heures et s'accroît insensiblement.

Lorsque l'anévrysme survient brusquement, le chirurgien constate dans la région axillaire une tuméfaction diffuse, qui ne tarde pas à soulever le grand pectoral ; la tumeur acquiert ainsi les dimensions d'une tête de fœtus en peu de temps, et, arrivée à ce degré, semble rester stationnaire ; on l'a vue exceptionnellement, comme dans un fait de LALLEMAND, se propager au cou et au bras. A la palpation le gonflement offre une consistance molle, pâteuse, plus rarement une crépitation simulant l'emphysème ; la main perçoit à son niveau des battements isochrones et l'oreille un bruit de souffle.

Ces derniers symptômes n'existent pas constamment, et il se peut que l'hématome, par suite de la coagulation du sang, ne se trouve plus temporairement en communication avec l'artère axillaire.

Quant au pouls radial, quelques auteurs ont signalé sa persistance ; mais en général il a disparu ou bien reste très faible.

L'autre variété présente à peu près les mêmes symptômes, mais les débuts sont plus insidieux ; tantôt il y a une hémorragie extérieure qui s'est arrêtée par la compression, puis le sang accumulé distend peu à peu l'aisselle et l'anévrysme se forme ; tantôt la solution de continuité du vaisseau, très étroite ou intéressant une branche de second ordre, ne permet qu'un écoulement sanguin plus lent et insuffisant pour refouler de prime abord les organes et le tissu cellulaire. Au bout de quelques jours les deux formes affectent des caractères identiques et la distension que le sang exerce se traduit du côté du membre supérieur. Celle des nerfs du plexus provoque de l'engourdissement, des fourmillements, des douleurs et même des paralysies limitées ; une gêne de la circulation de retour consécutive à la compression des veines amène peu à peu de l'œdème ; en même temps la tuméfaction de l'aisselle écarte le bras du tronc, le moignon de l'épaule est toujours très relevé.

Ces anévrysmes diffus sont graves ; la mort en a été bien souvent la terminaison, certains blessés succombent au bout de peu d'heures dans le collapsus avec les symptômes de l'hémorragie interne ; si le malade surmonte ces premiers accidents, il est loin d'être hors de danger ; en effet, assez communément on voit des escarres se former au niveau des points les plus distendus, ou bien l'inflammation survient, la fièvre s'allume, la peau rougit et un phlegmon gangreneux donne issue aux détritits, à des caillots, au pus roussâtre ; de nouvelles hémorragies exposent la vie des malades et presque constamment se terminent par la mort à brève échéance, si le chirurgien n'intervient pas. La guérison spontanée est si exceptionnelle que le chirurgien commettrait une faute en l'attendant.

Diagnostic. — Les symptômes énumérés plus haut ne tromperont pas un observateur attentif ; la méprise serait seulement excusable lorsque les battements, le souffle feraient défaut et le pouls radial persisterait. En pareille cas les circonstances étiologiques devraient faire pencher pour l'expectation. Nous devons rappeler que DUPUYTREN ponctionna un anévrysme diffus de l'aisselle pour un abcès ; si un accident semblable survenait, il faudrait de suite ouvrir largement et opérer d'après la méthode d'ANTYLLUS.

Traitement. — Depuis longtemps les auteurs préconisent l'intervention hâtive et hardie en présence d'un anévrysme diffus de l'aisselle, et malgré cela nous ne voyons pas ce précepte fréquemment mis en pratique. Ce fait tient sans doute à ce que l'état général des blessés ne permet pas d'agir immédiatement et à ce que le chirurgien se fait encore illusion sur la gravité de l'accident dont il est le spectateur. Après bien d'autres nous répéterons que la ligature des deux bouts du vaisseau divisé est la conduite la plus rationnelle, la seule qui puisse sauvegarder les jours du malade.

Malheureusement l'opération n'est pas inoffensive. LE FORT, sur six (6) cas de ligature de l'axillaire, ne trouve que deux guérisons, trois fois il y eut gangrène (DESALUT, CALLENDER, BICKERSTETH). Mais on ne peut plus baser une règle à suivre sur les faits anciens, et les perfectionnements de la méthode antiseptique ont amélioré les résultats de la chirurgie artérielle de 20 à 30 p. 100.

La ligature de la sous-clavière dans sa troisième portion pratiquée neuf (9) fois a donné cinq morts, et chez l'un de ceux qui guérissent la désarticulation de

l'épaule dut être faite consécutivement ; presque toutes les morts sont la conséquence des hémorragies secondaires dans la plaie de la ligature ou dans l'aisselle ; il faut avouer aussi que la ligature présente de grandes difficultés en raison de l'élévation de la clavicule et plusieurs fois l'exécution défectueuse de l'opération n'a pas peu contribué aux insuccès.

Quant à la désarticulation de l'épaule, elle constitue une ressource ultime dans la gangrène après la ligature de la sous-clavière. Il est cependant des circonstances où elle doit être pratiquée primitivement, aux armées par exemple ; telle est la conduite suivie par D.-J. LARREY et BARBIER.

2° ANÉVRYSMES CIRCONSCRITS

Si quelques anévrysmes circonscrits semblent manifestement en rapport de cause à effet avec des traumatismes tels que contusions, efforts, mouvements brusques, des chutes, des luxations, la plupart apparaissent sans cause connue, rattachés par les uns à la syphilis, par d'autres au rhumatisme. Quoi qu'il en soit, l'anévrysme circonscrit de l'axillaire est moins commun que ceux de la poplitée et de la fémorale à l'aîne.

Anatomie pathologique. — Ces tumeurs vasculaires affectent de nombreuses variétés ; si la plupart siègent sur la portion de l'artère intermédiaire aux principales collatérales, certains anévrysmes à la fois cervicaux et axillaires passent au-dessous de la clavicule. On conçoit que le volume se modifie suivant l'ancienneté et la marche plus ou moins rapide ; d'ordinaire ces anévrysmes ne dépassent guère le volume du poing et c'est dans des cas exceptionnels qu'on les a vus acquérir les dimensions d'une tête d'adulte. De bonne heure le grand pectoral, l'omoplate sont refoulés ; la clavicule se relève beaucoup, ce qui contribue à rendre la ligature de la sous-clavière fort laborieuse. Bien plus, des anévrysmes déjà anciens ont pu user la clavicule (GUÉRIN), les côtes (DE HORNE). COLLES, LAWRENCE parlent d'anévrysmes axillaires rompus ayant envahi tout le cou jusqu'au sternum et à la trachée.

La situation de la veine et des nerfs du plexus brachial par rapport à l'artère rend facilement compte de la compression que ces organes doivent subir et dont nous verrons bientôt les conséquences.

Symptômes. — Sans insister sur les caractères généraux communs à tous les anévrysmes, nous signalerons seulement la déformation toute spéciale de la région et les douleurs qui, dès le début, trahissent la distension des nerfs circonvoisins. Bien avant que le patient vienne consulter il a éprouvé des engourdissements, des fourmillements ou des névralgies dans le bras et l'épaule, intermittentes ou continues, locales ou générales. Quelques douleurs et surtout la gêne des mouvements attirent l'attention du malade sur l'existence d'une grosseur qui occupe un point variable de l'aisselle, le plus souvent dans les parties supérieures de l'artère axillaire. Lorsque la tumeur acquiert un volume assez grand, il n'est pas possible de distinguer son origine réelle et elle offre les caractères que nous avons décrits à propos des anévrysmes diffus. Ici encore les pulsations, le mouvement d'ex-

pansion et le souffle ne sont pas toujours faciles à constater suivant la quantité des caillots qui remplissent la tumeur. Quant au pouls radial, il est généralement diminué. MUNRO a observé chez un soldat l'oblitération de l'axillaire au-dessous du sac.

Ces anévrysmes sont exposés à toutes les complications des tumeurs du même genre ; si quelques-uns restent stationnaires pendant plusieurs années (seize ans dans un cas de SYME), la plupart ont une marche franchement progressive. D'autres complications surviennent également ; telles sont : 1° la rupture qui transforme l'anévrysme simple en anévrysme diffus, si elle a lieu dans le tissu cellulaire ; 2° l'inflammation, accident grave qui a pu exceptionnellement, comme dans un fait de HODGSON, amener la guérison ; 3° la gangrène. Quant à la guérison spontanée, elle a été certainement vérifiée dans une autopsie pratiquée par ABERNETHY.

Diagnostic. — Les annales de la science renferment un certain nombre de fautes qui devront être présentes à l'esprit du chirurgien. Nous avons déjà cité l'erreur de DUPUYTREN qui prit un anévrysme pour un abcès ; on pourrait y ajouter un autre cas relaté par RIGAUD (*Thèse de Paris*, 1836) et celui de FERRAND. Ailleurs quelques praticiens ont commis la confusion inverse et lié l'artère sous-clavière pour des tumeurs de l'aisselle prises pour des anévrysmes. BAKER, EARLE, NICOL, ont publié des exemples de pareilles méprises.

De semblables erreurs de diagnostic ne sauraient être attribuées à un examen insuffisant, car elles ne seraient pas pardonnables en raison des symptômes si caractéristiques des tumeurs anévrysmales. Mais il est des cas où les signes ordinaires font défaut, les pulsations et le souffle manquent ; en outre certains néoplasmes qui soulèvent l'artère axillaire présentent des battements trompeurs. L'examen attentif du pouls radial et de la marche de l'affection contribuera à éclairer le diagnostic.

Pronostic. — Tout anévrysme circonscrit de l'axillaire, en raison de son siège, de sa marche progressive et rapide, de ses complications, offre une réelle gravité ; d'autre part la thérapeutique n'est pas sans faire courir des dangers à la vie des malades.

Traitement. — Deux méthodes seulement méritent de fixer notre attention ; ce sont : 1° la ligature par la méthode d'Anel ; 2° la méthode d'Antyllus, c'est-à-dire l'ouverture du sac avec ligature de l'artère au-dessus et au-dessous de lui.

1° *Méthode d'Anel.* — La ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes est certainement le traitement le plus employé. Sur soixante et onze (71) observations réunies par LE FORR où on avait eu recours à cette opération, il y eut quarante-cinq (45) guérisons, vingt-quatre (24) morts, deux (2) résultats inconnus. Ces chiffres ont cessé d'être exacts aujourd'hui depuis l'emploi des ligatures antiseptiques et les journaux étrangers, en particulier ceux d'Angleterre, enregistrent de nombreux succès à l'actif de cette ligature. Ce serait néanmoins une erreur de considérer la méthode d'Anel comme inoffensive ; d'abord la ligature, par suite de l'élévation de la clavicule, présente de grandes difficultés ; A. COOPER ne put parvenir jusqu'au vaisseau en raison de sa profondeur et CUSACK blessa le sac anévrysmal avec l'aiguille. En outre les

caillots accumulés dans le sac après la ligature constituent un véritable hématome susceptible, comme toutes les tumeurs de même nature, de s'enflammer et de suppurer. LE FORT, sur les soixante et onze (71) cas, a relevé seize (16) fois cette complication; il fait observer qu'elle n'apparaît qu'après un certain temps, en général du quinzième au trentième jour. Ses conséquences ne sont pas du reste aussi redoutables qu'on pourrait le supposer, car sur les seize (16) faits, cinq (5) se terminèrent par la mort. Parmi les autres complications assez communes à la suite de la ligature de la sous-clavière, mentionnons la rupture du sac, l'hémorragie par la plaie de la ligature, principalement au moment de la chute des fils, du onzième au vingt et unième jour, la gangrène partielle ou totale du membre, les troubles cérébraux.

Quelques opérateurs ont répondu à la même indication en portant directement le fil sur l'axillaire au-dessous de la clavicule. CHAMBERLAINE (1815), ROUX (1834) eurent deux succès à cette opération, mais les difficultés de l'exécution sont bien supérieures encore à celles de la ligature de la sous-clavière.

2° *Méthode ancienne.* — Ce moyen de traitement a été pratiqué par SYME qui a acquis dans l'application de ce procédé aux divers anévrysmes une réputation classique. Deux tentatives lui valurent deux succès; chez l'un de ses malades il dut retirer sept livres de caillots de l'aisselle. La conduite de SYME a trouvé peu d'imitateurs bien qu'elle soit rationnelle; elle exige beaucoup d'habileté et de sang-froid; en outre la méthode d'ANEL, moins difficile, donne des résultats satisfaisants. SIDNEY JONES (*The Lancet*, 1882) a guéri un autre anévrysme par la méthode ancienne.

A côté de ces procédés, nous devons citer un certain nombre de moyens thérapeutiques qui trouvent plus rarement leur indication. PELLETAN, SABATIER et quelques autres chirurgiens ont publié des succès obtenus par la méthode de VALSALVA. RAVATON aurait réussi, chez un grenadier, à guérir un anévrysme traumatique par la compression directe à l'aide d'un bandage à pelote. Quant à la compression indirecte sur la sous-clavière, c'est un moyen fort peu pratique si l'anévrysme est volumineux. Malgré les espérances qu'un demi-succès a fait concevoir à VERNEUIL, au sujet d'un de ses malades, il n'existe dans la science aucun exemple de guérison certaine.

RAMSFORD eut recours à la galvano-puncture pour traiter un anévrysme axillaire qui s'était propagé à l'artère sous-clavière, mais son malade mourut.

La désarticulation de l'épaule devra être réservée comme une ressource ultime dans l'éventualité d'une gangrène étendue du membre ou d'hémorragies rebelles à la ligature.

3° ANÉVRYSMES ARTÉRIO-VEINEUX

Il existe dans la littérature médicale un très petit nombre de tumeurs de cette nature. Au dire de BÉRARD, DUPUYTREN en aurait observé un exemple consécutif à un coup de feu. Chez le malade de LEGUEST (*Soc. de chir.*, 1861),

la cause de l'anévrysme par anastomose était encore un coup de feu reçu en Crimée; l'affection développée lentement soulevait la paroi pectorale au bout de quelques années.

Les deux autres faits considérés comme appartenant à cette variété d'anévrysmes auraient été produits par des instruments piquants et tranchants; l'un d'eux, le fait de LARREY, n'est rien moins que probant; tout au plus peut-on admettre qu'il s'agissait d'un anévrysme artério-veineux sous-clavier propagé à l'axillaire; il nous a été impossible de retrouver le quatrième cas cité par LE FORT d'après une indication inexacte. Le bilan de cette affection semble donc fort restreint.

Aux signes particuliers de ces anévrysmes nous ajouterons le gonflement spécial de la région; le malade de LEGUEST était incommodé par le bruit de rouet; mais chez lui il n'y avait aucune gêne dans les fonctions, pas de distension des veines et pas de tendance à l'accroissement. L'expectation serait la règle en pareil cas.

Nous rapprocherons de ces tumeurs un fait publié par M' LEON (*The Lancet*, 1881, p. 433, t. 1^{er}) sous le nom d'hématome axillaire. La tumeur constituait un véritable anévrysme veineux, du volume d'une noix de coco, en communication avec la veine axillaire. L'opération fut suivie de guérison.

§ 4. — Tumeurs de l'aisselle

Bibliographie. — ESTEVENEL, *Bull. de la Soc. anat.*, 1841. — NÉLATON, *Gaz. des Hôp.*, 1856, p. 478. — LEMOINE, *Bull. de la Soc. anat.*, 1863. — AZAM, *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1861. — VELPEAU, *Gaz. des Hôp.*, 1861. — VERNEUIL, *Gaz. hebd.*, 1870, p. 50. — LAWSON, *The Lancet*, 1882, t. 1^{er}, p. 439. Thèses de Paris. — 1848, RICHARD. — 1854, TOURAINNE. Article AISSELLE par DOLBEAU, in *Dict. de Dechambre*, t. II, p. 356.

Les tumeurs de l'aisselle se divisent assez naturellement en deux groupes, selon que la production morbide a pris naissance dans la cavité aux dépens des organes qu'elle renferme ou dans les parois. Nous aurons surtout en vue la première catégorie.

1° TUMEURS GANGLIONNAIRES

De tous les organes du creux axillaire, ceux qui offrent une grande disposition à devenir le point de départ de néoplasmes sont assurément les ganglions lymphatiques. Ces glandes deviennent le siège de néoplasies secondaires, et à ce titre nous signalerons la fréquence de la propagation ganglionnaire des tumeurs carcinomateuses du sein.

Les adénopathies consécutives aux lymphangites de la paroi thoracique, du membre supérieur s'observent un peu moins souvent. Nous ne reviendrons pas ici sur l'adénopathie cancéreuse consécutive au carcinome du sein; ce