

sujet a été traité à propos des affections de la mamelle. Rappelons seulement que la chaîne ganglionnaire est assez vite envahie et que l'infection néoplasique sortant des limites de l'aisselle peut intéresser également les ganglions sus-claviculaires.

Par suite de leur accroissement progressif, les tumeurs ganglionnaires de mauvaise nature déterminent des accidents de voisinage, des troubles de compression du côté des nerfs du plexus brachial; les vaisseaux et particulièrement les veines enserrés de toutes parts ne peuvent assurer la libre circulation du membre supérieur; il en résulte de l'œdème du bras et, dans quelques cas, une sorte d'éléphantiasis signalé par BILLROTH à la suite des cancers du sein propagés à l'aisselle.

D'ailleurs toutes les variétés de carcinome ont été rencontrées dans l'aisselle; la forme encéphaloïde semble la plus commune. VOILLEMIER, DOLBEAU, HOUEL, FAUVEL, COATS y ont constaté la présence de tumeurs mélaniques.

En dehors des adénopathies secondaires, les ganglions de l'aisselle sont envahis primitivement, et un assez bon nombre des tumeurs enkystées observées dans cette région avaient leur point de départ dans un ganglion. Nous nous bornerons à rappeler la possibilité de l'apparition du carcinome primitif, démontrée par les faits de WITHALL (1870) et COYNE (*Bull. de la Soc. anat.*, 1872). Les lymphosarcomes et les lymphomes des ganglions de l'aisselle ne sont pas très rares; tantôt l'adénopathie axillaire est la première manifestation de la maladie, tantôt il existe déjà d'autres masses de même nature au cou et à l'aîne; le diagnostic de ces tumeurs, lorsqu'elles ne sont pas secondaires, présente d'assez grandes incertitudes.

L'adénite tuberculeuse de l'aisselle mérite aussi une mention spéciale. Presque constamment plusieurs ganglions sont pris en même temps et la chaîne ganglionnaire donne lieu à une tuméfaction pâteuse. Cette affection se termine assez souvent par suppuration; il en résulte des fistules uniques ou multiples dont l'orifice est entouré d'un limbe violacé comme dans toutes les suppurations tuberculeuses.

2° TUMEURS DIVERSES DE L'AISSELLE

On rencontre encore dans l'aisselle un grand nombre de tumeurs dont l'origine n'est pas toujours facile à déterminer; les unes sont de nature bénigne, les autres malignes.

Les *tumeurs kystiques* y semblent assez communes; parmi ces kystes, les uns, congénitaux, sont susceptibles d'acquérir un grand volume. PILATE a communiqué à la Société de chirurgie (1878) un exemple de kyste multiloculaire complexe chez un enfant de deux ans et demi. La tumeur congénitale, d'abord stationnaire, avait acquis les dimensions d'une tête de fœtus et tenait le bras écarté du tronc; l'analyse de la poche extirpée montra qu'il s'agissait d'un kyste multiloculaire contenant un liquide séreux ou hématisé; quelques-unes des cloisons, assez épaisses, renfermaient des cellules cartilagineuses. Elle offrait une grande analogie avec les kystes congénitaux du cou.

Les kystes se rencontrent également dans les néoplasmes les plus variés d'origine ganglionnaire ou autre. CRUVEILHIER rapporte un cas de kyste biloculaire contenant des concrétions. BLANDIN, BAUCHET, HAMON, KEEN, KRACKOWITZER ont publié des exemples de kystes séreux ou séro-sébacés (VERNEUIL); enfin BIRKET a observé un kyste séro-sanguin. Rappelons que c'est là une terminaison possible des hématomes de la région.

A côté des kystes simples prennent place quelques *kystes hydatiques*; jusqu'au mémoire de DOLBEAU on ne connaissait guère que le fait de CRUVEILHIER; mais VELPEAU a publié un exemple de kyste hydatique qui s'était développé dans la paroi postérieure de l'aisselle; d'autres kystes hydatiques axillaires y ont été rencontrés par JOFFROY (*Bull. de la Soc. anat.*, 1868), par REY.

Au nombre des tumeurs plus rares, il faut ranger le fibrome papillaire dont RECLUS a présenté un exemple à la Société anatomique (1874). TRÉLAT pensait à un néoplasme développé aux dépens des glandes sudoripares. Peut-être la tumeur avait-elle pris naissance dans un lobule erratique de la glande mammaire. NÉLATON, CHASSAIGNAC auraient rencontré des tumeurs d'origine veineuse (varices ou tumeurs érectiles).

Les nerfs seraient accidentellement le point de départ de néoplasies. LENOIR (*Bull. de la Soc. anat.*, 1838) a vu un névrome du nerf médian, et DEMARQUAY un sarcome sur le trajet du nerf musculo-cutané; les douleurs avaient précédé l'apparition de la tumeur qui offrait les dimensions d'une châtaigne (*Soc. de chir.*, 1874). Chez les porteurs de béquille, la compression du plexus et de ses branches détermine à la longue des petits névromes et des paralysies bien connues. Le lipome a été plusieurs fois rencontré dans l'aisselle; celui dont parle ESTEVENEL contenait à son centre une concrétion calcaire. SYME, WISSRAND, VON DONHOFF, M'COMAS (1879) ont relaté d'autres cas de lipomes axillaires.

Les *sarcomes* de l'aisselle acquièrent parfois de grandes dimensions; celui dont AZAM a publié l'observation pesait plus d'un kilogramme et formait dans l'aisselle une tumeur piriforme haute de 0^m,24. Lorsqu'ils atteignent un pareil volume, les sarcomes ulcèrent la peau et exposent à de redoutables hémorragies.

En terminant notons encore la présence de myxomes (ROOF), de l'enchondrome (VELPEAU).

La peau du creux de l'aisselle est elle-même sujette aux néoplasmes. VERNEUIL y a signalé l'adénome sudoripare, CLUMANN l'épithéliome, et en Angleterre LAWSON a récemment rapporté un exemple du *Chimney sweep's Cancer*, ou cancer des ramoneurs, pour lequel il dut désarticuler l'épaule.

Les tumeurs qui se développent primitivement dans les parties voisines de l'aisselle et qui envahissent ensuite la cavité sont assez nombreuses. Les unes prennent naissance dans les muscles, d'autres dans les os. Ce sont des lipomes, des sarcomes, des enchondromes, des ostéo-sarcomes sur lesquels nous n'insisterons pas ici.

Symptômes. — Toute tumeur de l'aisselle présente des signes subjectifs et objectifs. Parmi les premiers il convient de mentionner les douleurs irradiantes dans le membre supérieur; elles apparaissent d'autant plus tôt que

les troncs nerveux sont intéressés. Presque toujours il survient de l'engourdissement et des fourmillements dans le bras; les mouvements sont d'abord gênés, puis deviennent impossibles lorsque la tumeur a acquis un volume un peu considérable.

Les principaux symptômes objectifs sont la déformation de la région, la disparition des creux axillaire et sous-claviculaire, le soulèvement du grand pectoral, l'écartement du bras, l'œdème du membre supérieur, la diminution du pouls radial. Par la palpation le chirurgien acquerra des notions précieuses sur la dureté de la tumeur, sur la présence ou l'absence de fluctuation, les connexions plus ou moins intimes avec les parois de l'aisselle et la peau. Évidemment tous ces signes varient avec chaque cas particulier. S'agit-il de tumeurs ganglionnaires, les doigts de la main droite enfoncés dans le creux axillaire sentiront une ou plusieurs petites masses mobiles, d'ordinaire situées du côté de la paroi thoracique. Il sera sage, si la tumeur n'a pas de grandes dimensions, de pratiquer son examen en mettant successivement le membre dans l'abduction et l'adduction afin d'étendre ou de relâcher les muscles.

Tous les néoplasmes de l'aisselle, qu'ils soient ou non ganglionnaires, se font remarquer par leur évolution rapide. Quelques-uns, après être restés assez longtemps stationnaires, augmentent de volume brusquement; les ganglions qui formaient primitivement une chaîne distincte se congloèrent et constituent une masse unique qui distend et comprime les organes voisins. Maintes fois on a vu des tumeurs malignes envahir l'articulation scapulo-humérale, se propager aux côtes et déterminer de redoutables complications du côté de la cavité thoracique.

Diagnostic. — Si dans bien des circonstances le diagnostic des tumeurs de l'aisselle offre peu de difficultés, il en est d'autres où la sagacité d'un chirurgien attentif peut se trouver en défaut. Assurément l'hésitation ne saurait exister lorsqu'il s'agit d'un chapelet ganglionnaire chez une femme affectée d'un cancer du sein; de même une lésion périphérique de la main, du bras, de la paroi thoracique (vésicatoires), pourrait expliquer l'apparition de certaines adénopathies. Dans le jeune âge, jusqu'à trente ans, la présence de ganglions isolés ou conglomérés éveillera l'idée d'une tuberculose ganglionnaire ou d'un lymphadénome; l'état général du malade, le milieu où il se trouve, la coïncidence d'autres manifestations scrofuleuses permettront, dans la plupart des cas, de soupçonner l'adénite tuberculeuse. Les ganglions atteints de lymphadénome acquièrent un plus grand volume et se congloèrent rapidement; la tumeur, quoique assez grosse, n'adhère pas à la peau de l'aisselle. Après trente ans il faut davantage craindre les néoplasmes malins, les sarcomes ganglionnaires, bien que cette règle ne soit pas absolue.

Quant au diagnostic des tumeurs de l'aisselle proprement dites, il ne peut guère être fait que par exclusion. Les affections inflammatoires se reconnaîtront à leur début, à la rougeur, la douleur vive, la fièvre. Mais en principe il ne faut jamais ouvrir une collection de l'aisselle sans avoir préalablement ausculté la tumeur, car il est des anévrysmes qui sont susceptibles de s'enflammer. Les erreurs commises par DUPUYTREN, FERRAND et nombre d'autres justifient cette précaution. Les battements, le souffle, les modifications du pouls

radial appartiennent en propre aux anévrysmes; cependant quelques néoplasmes sont susceptibles d'égarer le chirurgien; témoin le fait publié par NÉLATON, dans lequel une tumeur, grosse comme un œuf de pigeon, constituée par des varices artérielles chez un vieux syphilitique, simulait un anévrysme.

Certaines tumeurs molles de l'aisselle sont très difficiles à diagnostiquer; nous avons vu des cliniciens distingués émettre les avis les plus divers sur un lipome qui se trouvait entre le coraco-brachial et l'humérus et proéminait dans l'aisselle; les uns pensaient à une collection fluctuante, d'autres à un sarcome périostique; quelques-uns à une tumeur vasculaire.

Il faut alors passer en revue les principaux néoplasmes de la région, tenir compte de l'âge des sujets, de l'évolution de la masse, du retentissement sur l'état général. La ponction pourra parfois contribuer à fixer les présomptions, mais il faudra s'assurer préalablement de l'indépendance des gros vaisseaux.

Traitement. — On conçoit que le traitement des tumeurs de l'aisselle doive varier avec leur nature. Il est de règle d'enlever les ganglions cancéreux après l'ablation du sein et même de les extirper préventivement suivant les conseils de KOCHER, KIRMISSON. De même l'extirpation précoce nous paraît la conduite la plus rationnelle lorsqu'il s'agit d'un lymphome, d'un lymphosarcome primitif. En présence d'une masse ganglionnaire de l'aisselle de nature tuberculeuse chez un individu qui n'a pas d'autres manifestations de la maladie, l'ablation offre de sérieux avantages. L'un de nous y a eu recours avec un plein succès.

Tous les néoplasmes malins seront enlevés aussitôt que possible; le chirurgien devra auparavant s'enquérir des rapports précis de la tumeur avec les vaisseaux et les nerfs. Ces opérations, dans la mesure du possible, respecteront les parois de la cavité. Le cas échéant, mieux vaudrait sectionner tout ou partie des pectoraux pour éviter de léser les vaisseaux. On se rappellera que les manœuvres opératoires au fond de l'aisselle sont laborieuses et dangereuses; en conséquence il sera bon de se prémunir contre les éventualités fâcheuses qui pourraient survenir.

L'abstention nous semble sage lorsqu'il s'agit de néoplasmes volumineux propagés à la peau qui poussent des prolongements au loin dans la poitrine et englobent le paquet vasculo-nerveux. La désarticulation de l'épaule, tentée dans quelques cas, constitue une ressource ultime dont les résultats jusqu'à présent ne sont rien moins qu'encourageants.