

Lorsque l'enchondrome se développe primitivement à l'intérieur de l'os, celui-ci, distendu de toutes parts, paraît comme soufflé : d'où le nom de *spina ventosa* sous lequel on a, pendant longtemps, confondu l'enchondrome des doigts avec certaines formes d'ostéomyélite tuberculeuse dont nous avons précédemment parlé. En se développant, la tumeur repousse devant elle et amincit la coque osseuse; elle finit même par la perforer pour s'épanouir au dehors par une ou plusieurs bosselures. Ce sont ces bosselures qui, en se fusionnant entre elles, donnent à la tumeur une apparence lobulée. Quant à la consistance de l'enchondrome, elle est fort inégale; quelquefois dur, il peut présenter une consistance molle, et même fluctuante, quand il subit la transformation gélatineuse.

Au début, l'enchondrome central donne naissance à une tuméfaction fusiforme de la phalange; plus tard, le doigt déformé présente des bosselures multiples. Parfois la distension de la phalange se fait aussi bien suivant le sens longitudinal que selon son diamètre transversal; de là, l'allongement du doigt. Dans un cas de M. H. Larrey relatif à une femme arabe de trente-trois ans, atteinte d'enchondromes multiples, le médius dépassait en longueur 24 centimètres. Ces modifications dans la longueur de l'os sont intimement liées à l'existence des chondromes centraux. Dans l'enchondrome périostique, la phalange conserve ses dimensions et sa forme normale, elle est seulement surmontée par une bosselure plus ou moins volumineuse. Le chondrome des parties molles se distingue des deux variétés précédentes en ce qu'il est mobile sur le squelette sous-jacent.

Lorsque les chondromes occupent simultanément plusieurs doigts, la main revêt un aspect particulier; elle est surmontée de gros tubercules qu'on a comparés à des marrons ou à des pommes de terre enfilées sur un même axe. La déformation s'étend quelquefois jusqu'à la phalange unguéale, et la tumeur est si volumineuse qu'elle masque la base de l'ongle.

Un symptôme que présente assez fréquemment l'enchondrome des doigts, c'est la transparence. Rarement le développement du néoplasme s'accompagne de douleurs; la tumeur ne devient douloureuse que si elle comprime les nerfs collatéraux des doigts.

Habituellement, la marche de la tumeur est très lente; elle peut mettre quinze ou vingt ans à se développer. Parfois elle subit un temps d'arrêt; puis, à un moment donné, sous l'influence d'un traumatisme, par exemple, l'enchondrome fait des progrès rapides. La peau distendue peut même arriver à l'ulcération et laisser à découvert la tumeur reconnaissable à sa dureté et à son aspect blanchâtre. Dans certains cas d'enchondromes mous, la tumeur elle-même végète et l'ulcération livre passage à une suppuration abondante.

Le pronostic de l'enchondrome des mains est beaucoup plus favorable que celui des grands os longs des membres. La généralisation est tout à fait exceptionnelle. Cependant, chez un malade auquel il avait enlevé un enchondrome myxomateux du métacarpe, Volkmann a vu la généralisation se faire, et il a constaté à l'autopsie une vingtaine de tumeurs du volume d'un petit pois dans l'épaisseur du poumon. On a pu observer également la repullulation sur place. On pratiqua chez un enfant de douze ans la désarticulation du médius, porteur de deux enchondromes. Quatre mois après, une nouvelle tumeur se montra sous la cicatrice; sept ans plus tard, il existait un enchondrome du deuxième métacarpien, pour lequel Nélaton pratiqua la résection.

L'enchondrome des doigts ne menaçant pas le plus souvent l'existence peut

être respecté, tant que son volume n'est pas trop gênant pour le malade. Dans le cas contraire, on est autorisé à l'enlever; l'ablation deviendrait même une impérieuse nécessité, si la tumeur prenait une marche envahissante qui pût faire craindre la généralisation. Quant au mode opératoire, on pourra, dans bon nombre de cas, extirper la tumeur en respectant l'os sur lequel elle est implantée. Mais si l'os est trop profondément atteint, si la marche rapide de la tumeur fait craindre la généralisation, c'est à l'amputation qu'il faut avoir recours.

B. — TUMEURS MALIGNES

10° *Sarcomes*. — Les tumeurs sarcomateuses se montrent surtout au niveau des doigts. Elles peuvent prendre leur point de départ dans les différents tissus constituant de ces organes, os et périoste, tendons et leurs gaines, tissu cellulaire et peau. M. Cartaz a présenté à la Société anatomique un sarcome périostique, du volume d'une noix, développé aux dépens du périoste de la première phalange du médius. M. Chauvel a vu, chez un homme de soixante-dix-sept ans qui portait une tumeur depuis plus de trente ans, un sarcome ayant pour point de départ le périoste des deux premières phalanges du petit doigt.

Assez souvent, les sarcomes ont pour point de départ les tendons et leurs gaines : lorsque le tendon lui-même est envahi, les mouvements du doigt sont abolis; si c'est la gaine tendineuse qui est le point de départ de l'affection, les mouvements peuvent pendant longtemps rester intacts.

Les sarcomes d'origine tendineuse se différencient des sarcomes d'origine osseuse et périostique en ce qu'ils sont mobiles dans le sens transversal sur la phalange sous-jacente; mais ils ne peuvent se déplacer dans le sens longitudinal. Les sarcomes sous-cutanés sont, au contraire, mobiles en tous sens. Les sarcomes de la peau sont les plus rares. M. Polaillon (*) a démontré qu'on avait décrit à tort sous ce nom un certain nombre de petites tumeurs qui n'étaient autre chose que des doigts surnuméraires à l'état d'ébauche, ainsi que le prouve la présence dans leur intérieur d'un noyau osseux ou cartilagineux, trace d'une phalange rudimentaire. Kraske a mentionné, d'après Volkmann, le fait d'un sarcome qui se présenta sous la forme d'un onyx, chez un homme de cinquante-huit ans. Le mal récidiva dans l'aisselle après la désarticulation du doigt, et le malade finit par succomber à la généralisation.

Dans un certain nombre de cas, on peut assigner comme cause au développement du sarcome un traumatisme. C'est ainsi que, dans un cas que nous avons observé à l'Hôtel-Dieu en 1882, un sarcome s'était développé au niveau de l'annulaire droit, qui avait subi un violent pincement. La pièce fut présentée à la Société anatomique par M. Lagrange (**). Il s'agissait d'un sarcome embryonnaire ayant pour point de départ l'extrémité inférieure du tendon fléchisseur profond.

La marche de l'affection est des plus variables; si certaines tumeurs ont pu mettre vingt-cinq et même trente ans à se développer, il en est d'autres qui ont atteint un développement considérable en quelques mois. La repullulation est toujours à craindre après l'extirpation. Aussi faut-il que celle-ci soit aussi com-

(*) POLAILLON, *Bull. de la Soc. méd. de Paris*, 27 fév. 1875, p. 59.

(**) LAGRANGE, *Sarcome de l'auriculaire droit. Bull. de la Soc. anat.*, 10 nov. 1882, p. 487.

plète que possible. Si la tumeur est adhérente aux os, l'amputation est l'unique ressource. Dans les cas, au contraire, où le point de départ du mal est dans les parties molles, on peut se contenter d'en pratiquer l'extirpation, dût-on pour cela ouvrir la gaine des tendons fléchisseurs. Sur une jeune fille de vingt ans, Czerny a pratiqué l'extirpation d'un fibro-sarcome de la seconde phalange de l'annulaire droit, en faisant l'excision d'un segment de la gaine tendineuse. Vogt dit avoir eu l'occasion de pratiquer, chez une dame de vingt-six ans, l'extirpation d'un sarcome développé au cours d'une première grossesse dans les tissus fibreux de l'éminence thénar. Après être restée stationnaire, la tumeur augmenta considérablement de volume pendant une seconde grossesse; elle devint douloureuse et nécessita une opération. L'examen anatomique démontra qu'il s'agissait d'un angiosarcome.

Sous le nom de myélomes des gaines tendineuses, MM. Malherbe et Heurtaux (de Nantes) (1) ont décrit certaines tumeurs développées, soit aux dépens des gaines tendineuses des fléchisseurs ou des extenseurs, soit même aux dépens des tissus fibreux de la paume de la main.

Ces tumeurs se rencontrent avec une fréquence égale dans les deux sexes. Leur évolution est lente et indolente; elles gênent les mouvements des doigts. Leur consistance est variable. L'élément caractéristique de ces tumeurs est le myéloplaxe, grande cellule à noyaux multiples, renfermant parfois des vacuoles, indice de segmentation en plusieurs cellules myéломateuses.

La marche est généralement lente, et le pronostic bénin. La description de ces auteurs est basée sur 7 observations.

11° *Épithéliomas*. — L'épithélioma n'est point rare parmi les tumeurs de la main. Il s'observe aussi bien au niveau des doigts que sur la région palmaire elle-même. Aux doigts, les tumeurs épithéliales siègent aussi bien sur la face dorsale que sur la face palmaire. Parfois la tumeur débute au pourtour de l'ongle et peut affecter tout d'abord la forme d'un onyxis auquel convient le nom d'onyxis cancéroïdal. Küster a rencontré un cas de cette nature chez un porteur de trente-quatre ans, qui avait l'ongle du pouce droit enfoncé dans les chairs et entouré de fongosités. L'ongle fut arraché et les tissus fongueux furent cautérisés avec la potasse caustique; mais l'ulcération ne se guérit pas, la désarticulation de la phalangette devint nécessaire, et l'examen anatomique démontra l'existence d'un épithélioma qui s'étendait jusqu'à l'os.

A la main elle-même, c'est presque exclusivement sur la face dorsale que siège l'épithélioma. Parmi les causes qu'on peut invoquer pour expliquer son développement, il faut signaler tout d'abord l'âge avancé des malades, l'existence de petites verrues, de productions épithéliales qui ont été le point de départ d'irritations, des traumatismes variés et surtout les brûlures antérieures, dont les cicatrices deviennent fréquemment le siège des dégénérescences épithéliales. Dans un cas de la clinique d'Esmarch, on l'a vu se développer sur une cicatrice de lupus.

Quant aux formes anatomiques que revêt le néoplasme, on peut voir la forme papillaire ou végétante, la forme dermique ou infiltrée et la forme glandulaire.

La forme papillaire ou végétante est la plus fréquente; elle se traduit par de volumineuses hypertrophies papillaires qui ont parfois pour point de départ des

(1) MALHERBE, *Du myélome des gaines tendineuses et du tissu fibreux*. Congrès franç. de chir., 1896, p. 807.

verrues irritées. Tel était le cas chez un malade auquel Denonvilliers dut amputer l'annulaire pour un cancroïde développé à la suite d'une verrue qui avait été irritée par l'arrachement continu des croûtes formées à sa surface.

Dans la forme dermique, il y a une infiltration de la peau et des tissus sous-jacents par les éléments épithéliaux. Cette infiltration épithéliale peut déterminer la formation d'une tumeur qui met un temps plus ou moins considérable à s'ulcérer. On voit se former parfois dans l'épaisseur de ces tumeurs de véritables kystes épithéliaux qui, s'ouvrant en dehors, livrent passage à la matière épithéliale dans laquelle se retrouve fréquemment la disposition des cellules à laquelle on donne le nom de globes épidermiques. Nous avons eu l'occasion d'observer, en 1851, un cas de cette nature à l'hôpital Saint-Antoine, chez un jardinier qui vit son affection débiter à la suite d'une piqûre de l'annulaire de la main gauche. Le doigt et la main dans son ensemble présentaient cet épaissement et cette induration qu'on trouve dans les panaris anciens et dans les phlegmons chroniques de la main. A travers plusieurs perforations du derme s'échappaient ces petites masses jaunâtres auxquelles on donne parfois le nom de *vermiotes* épithéliales. L'infiltration épithéliale s'étendait aux gaines des tendons fléchisseurs, et aux nerfs eux-mêmes, ainsi que l'examen histologique permit de le constater sur la pièce, après que l'amputation de l'avant-bras eut été pratiquée par notre collègue, M. Schwartz (1).

La dernière forme, c'est l'épithélioma glandulaire, polyadénome de Broca, épithélioma tubulé de Cornil et de Ranvier. Cette variété reconnaît pour point de départ les glandes sudoripares ou sébacées. Il en résulte la formation de petites tumeurs, plus ou moins saillantes, revêtant l'apparence de papules aplaties, quelquefois même ces petites tumeurs sont multiples au début; on peut voir à leur surface l'orifice des conduits excréteurs des glandes aux dépens desquelles elles se sont développées. C'est là toutefois un signe fort inconstant et sur lequel il ne faut pas compter pour le diagnostic. L'épithélioma glandulaire reste pendant plus longtemps localisé que les variétés précédentes; aussi son pronostic est-il moins grave. Quelle que soit, du reste, la forme sous laquelle la maladie a débuté, elle arrive au bout d'un certain temps à l'ulcération et à l'engorgement ganglionnaire. Assez souvent le ganglion épitrochléen reste indemne et la maladie se propage d'emblée aux ganglions axillaires, qui peuvent devenir le point de départ de tumeurs volumineuses. J'ai pu observer, en 1881, à la Maison de Santé, un homme qui avait subi l'amputation du pouce droit pour un épithélioma, et qui présentait sur la paroi antérieure de l'aisselle une tumeur du volume d'une tête de fœtus arrondie, fluctuante, constituée par un énorme kyste développé au sein de ganglions épithéliomateux. La tumeur était encore assez mobile, pour que nous ayons pu en pratiquer l'extirpation, et l'examen anatomique nous permit de reconnaître que l'origine du kyste était dans l'ulcération d'une artère volumineuse. Comme exemple de généralisation redoutable, on peut citer le fait qui a été rapporté à la Société de chirurgie par M. Duménil (2). Une femme de soixante-cinq ans portait un épithélioma développé à la base de l'auriculaire droit; cinq mois après l'extirpation, le ganglion épitrochléen et les ganglions axillaires furent envahis. Neuf mois après, la cicatrice opératoire devint douloureuse et se recouvrit de croûtes épidermiques. De

(1) DOYEN, *Bull. de la Soc. anat.*, 1882, p. 442.

(2) DUMÉNIL, *Épithélioma glandulaire de la peau*. *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1872, p. 174. Séance du 10 avril.

petites ulcérations s'établirent sur le mamelon droit. Le sein gauche et les ganglions du même côté prirent une dureté suspecte, 8 ou 10 nodosités se développèrent dans l'épaisseur du thorax, et la malade finit par succomber dans le marasme.

La seule conduite à tenir en face de l'épithélioma de la main et des doigts, c'est la large extirpation de la tumeur, dût-on pour cela sacrifier un doigt ou même une portion de la main.

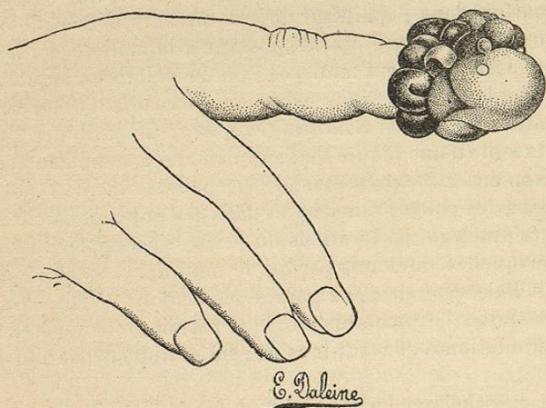


FIG. 79. — Sarcome mélanique de l'index. (Annandale.)

12° Mélanomes. — Le cancer mélanique des doigts est assez rare pour que M. Polaillon dise, dans son article, n'avoir pu en recueillir que 6 exemples dont l'un même, celui de Boyer, est contestable. 5 fois sur 6, la tumeur s'est développée au voisinage de l'ongle; c'était le cas chez le malade d'Annandale (voy. fig. 79). Le développement se fait sans cause appréciable, tantôt sous la forme d'une tumeur sous-cutanée, sans changement de coloration de la peau, tantôt sous forme d'une tumeur noirâtre que l'on peut confondre avec un angiome. Le pronostic est des plus graves, l'envahissement ganglionnaire et la généralisation se faisant avec une extrême rapidité.

2° TUMEURS DE L'AVANT-BRAS ET DU BRAS

Parmi les tumeurs les plus intéressantes des parties molles de l'avant-bras, nous devons citer le lipome qui se présente, non seulement sous la forme de lipome sous-cutané, mais encore sous celle de lipome sous-aponévrotique, infiltré entre les différents muscles de l'avant-bras; on comprend qu'à cet état, le lipome puisse en imposer pour certaines formes de synovite fongueuse, remontant plus ou moins haut à la partie inférieure de l'avant-bras. On peut rencontrer aussi à l'avant-bras des kystes hydatiques dont le diagnostic présente de sérieuses difficultés. Gosselin⁽¹⁾ a rapporté un cas de cette nature dans lequel, même après la ponction, le diagnostic resta hésitant.

D'autres formes de tumeurs qu'on observe assez souvent à l'avant-bras sont les névromes et les angiomes. Le squelette peut être le point de départ d'enchondromes. Cooper a enlevé sur une dame de quarante ans un enchondrome parti de l'extrémité inférieure du radius qui, en vingt-cinq ans, était arrivé à un volume énorme, et s'était épanoui à la face postérieure de l'avant-bras, en passant à travers les tendons extenseurs comme à travers une boutonnière.

(1) GOSSELIN, *Gazette des hôpitaux*, 26 mars 1870.

Le musée Dupuytren possède un énorme fibro-chondrome du radius. L'ostéosarcome siège de préférence sur l'extrémité inférieure du radius, et sur l'extrémité supérieure du cubitus. On comprend que, dans ce dernier cas, la tumeur puisse, par son volume et par les symptômes auxquels elle donne lieu, en imposer pour une arthrite fongueuse du coude. La considération de la localisation précise du gonflement, l'intégrité relative des mouvements de l'articulation, pourront mettre sur la voie du diagnostic; dans un cas du service de M. Desprès, présenté à la Société anatomique, il existait en outre une paralysie du nerf cubital; c'est là une circonstance qu'on ne retrouve pas dans l'arthrite du coude⁽¹⁾.

Au bras, nous devons signaler la présence d'un certain nombre de tumeurs qui siègent surtout dans l'épaisseur du biceps. On y trouve des fibromes, des lipomes. La *Lancet* en 1854 relate l'observation d'une tumeur fibro-graisseuse du biceps extirpée chez un jeune homme de dix-neuf ans⁽²⁾. On voit encore dans l'épaisseur du biceps des hématomes. Un cas de cette nature fréquemment cité, c'est celui du service de Velpeau⁽³⁾. Ce chirurgien, et Trélat avec lui, crurent à l'existence d'un fibrome. L'opération permit de constater qu'il s'agissait d'un hématome ancien, constitué par de la fibrine à différents degrés de coloration et enveloppée par une épaisse couche fibreuse présentant des incrustations calcaires.

Une variété de tumeurs dont l'étude présente un grand intérêt à cause de leur fréquence relative et de la difficulté du diagnostic, ce sont les kystes hydatiques. Ils peuvent se développer dans les différents muscles de la région brachiale, biceps, brachial antérieur, triceps, et dans l'épaisseur de l'humérus lui-même. Nélaton a vu un kyste hydatique volumineux, siégeant dans l'épaisseur du triceps; Gerdy en a observé un dans le brachial antérieur; dans 2 cas de Demarquay, le kyste fut pris une fois pour un abcès froid, la seconde fois pour un lipome. Nous-même, nous avons observé, en 1889, à l'Hôtel-Dieu, un kyste hydatique du volume d'une mandarine développé au bras droit, entre le brachial antérieur et le long supinateur, chez une femme de soixante-quatre ans⁽⁴⁾; nous avons cru à un lipome.

On a vu également la tumeur hydatique développée dans l'épaisseur même de l'humérus. Dupuytren⁽⁵⁾, voulant réséquer les fragments d'une fracture ancienne de l'humérus non consolidée, trouva le fragment inférieur dilaté en forme de poche et contenant une grande quantité d'hydatides. Demarquay a rapporté le fait suivant⁽⁶⁾: un homme de cinquante-trois ans avait reçu un coup de feu dans le bras six ans auparavant; il n'y eut pas d'accidents immédiats; mais, quatre ans après, survinrent des douleurs, puis un abcès; il resta des fistules donnant issue à des séquestres et à du pus. Richet et Demarquay pensèrent à un séquestre invaginé; mais l'ouverture du canal médullaire fit constater un grand nombre de membranes molles, translucides, dans lesquelles on reconnut au microscope des crochets d'hydatides.

Les différentes tumeurs que nous venons de rappeler ne laissent pas que de présenter des difficultés de diagnostic considérables. Il est bon d'avoir présente

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, 1879, p. 765.

(2) *The Lancet*, 1854, vol. I, p. 518.

(3) TRÉLAT, *Tumeur hématisée du triceps*. *Bull. de la Soc. anat.*, 1860, p. 554.

(4) KIRMISSON, *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur*, p. 256.

(5) DUPUYTREN, *Clinique chir.*, 1855, t. III, p. 558.

(6) DEMARQUAY, *Hydatides de l'humérus*. *Gaz. des hôp.*, 1869, n° 19.

à l'esprit la fréquence relative des tumeurs hydatiques dans l'épaisseur des muscles du bras. Des abcès froids ont pu en imposer pour des tumeurs solides du biceps. Les auteurs du *Compendium de chirurgie* (1) rapportent un cas dans lequel cette erreur a été commise. Il s'agissait d'une jeune fille d'une vingtaine d'années portant dans l'épaisseur du biceps, vers sa partie moyenne, une tumeur du volume d'une noix. On voulut l'enlever; les fibres superficielles du biceps furent divisées; mais à peine la tumeur fut-elle soulevée avec des pinces, que le pus s'écoula le long des mors de l'instrument. Dans un second cas de cette nature, la similitude des symptômes permit d'éviter l'erreur.

Les dégénérescences syphilitiques du biceps, les gommés siégeant dans l'épaisseur du muscle constituent une autre cause d'erreur. Dans la myosite syphilitique, le muscle tout entier est augmenté de volume, il a une dureté de bois; c'est à ces caractères que nous pûmes, en 1886, reconnaître une myosite syphilitique du biceps gauche chez un malade de l'hôpital Cochin. Il n'est pas jusqu'aux ruptures musculaires qui, fréquentes dans le biceps, ne puissent en imposer pour une tumeur; mais les modifications de forme et de volume, les déplacements que subit la tumeur herniaire pendant la contraction du muscle permettent d'établir le diagnostic.

5° TUMEURS DE L'AISELLE

Les néoplasmes qui se montrent dans la cavité axillaire sont de natures très diverses. Les différents organes qui entrent dans la constitution de la région peuvent leur donner naissance, mais il faut citer au premier rang les ganglions lymphatiques, qui sont l'origine de l'immense majorité des tumeurs néoplasiques de la cavité axillaire.

Au point de vue de leur nature, les tumeurs de l'aisselle se divisent en deux groupes, les tumeurs liquides et les tumeurs solides. Nous les passerons successivement en revue.

A. TUMEURS LIQUIDES. — Elles comprennent les tumeurs sanguines (angiomes) et les kystes.

1° *Angiomes*. — On a pu observer dans la cavité axillaire des tumeurs érectiles veineuses, susceptibles d'acquies un volume considérable. Nélaton (2) a rapporté dans sa thèse l'histoire d'une tumeur qui occupait à la fois le creux de l'aisselle et toute l'épaisseur du grand pectoral; elle était constituée par une masse énorme de veines qui, sous l'influence de l'inflammation, avaient acquis une dureté considérable. On pensa tout d'abord à une tumeur cancéreuse; mais le diagnostic véritable fut posé, en considérant qu'il s'agissait d'une affection remontant à la première jeunesse, et en constatant les changements de volume subis par la tumeur sous l'influence des mouvements d'élévation ou d'abaissement du bras. Dans un autre cas rapporté par Chassaignac, en 1860, à la Société de chirurgie, il s'agissait d'une tumeur érectile veineuse du volume d'un œuf, située sur le trajet de l'axillaire. Cette tumeur avait été prise pour un abcès et incisée; toutefois l'erreur aurait dû être évitée, car il s'agissait

(1) *Compendium de chir.*, 1851, t. II, p. 205.

(2) NÉLATON, *De l'influence de la position dans les maladies chirurgicales*. Thèse de concours, 1851.

d'une tumeur molle et indolente, probablement congénitale, et portée par une jeune fille qui présentait plusieurs taches érectiles disséminées sur divers points du corps. Chassaignac enleva la tumeur par l'écraseur linéaire. Busch décrit ces angiomes caverneux de l'aisselle, et il conseille de s'abstenir de leur extirpation à moins qu'ils ne soient bien limités. Il a vu, dans le cas d'une opération entreprise contre une petite tumeur, non appréciable à travers la peau, de nouveaux éléments angiomateux se montrer à chaque pas sous le bistouri, de sorte que l'opérateur, arrivé au niveau de l'apophyse coracoïde, dut laisser l'extirpation du néoplasme inachevée.

2° *Tumeurs kystiques*. — Les tumeurs kystiques qui peuvent se développer dans la cavité de l'aisselle sont de natures très variées.

M. Verneuil a présenté, en 1856, à la Société anatomique, un kyste séro-sébacé, siégeant dans la paroi antérieure de l'aisselle.

On a vu également des kystes hydatiques développés le plus souvent dans l'épaisseur des muscles qui forment les parois axillaires.

Une autre variété de kystes sont ceux qui se développent au niveau de l'insertion tendineuse des muscles de l'aisselle. On a signalé l'hydropisie de la bourse synoviale accompagnant la longue portion du biceps; Blandin a vu un kyste développé au niveau du tendon du grand rond (3).

Il est des kystes ganglionnaires reconnaissables à ce qu'ils sont implantés sur une base dure, constituée par les ganglions hypertrophiés. Déjà nous avons cité le fait d'un kyste ganglionnaire énorme, observé par nous chez un malade atteint d'un épithélioma du pouce à la main droite.

Mais les plus intéressants, parmi les kystes de la cavité axillaire, ce sont les kystes séreux simples ou séro-sanguins, analogues aux kystes séreux du cou. C'est surtout à John Birkett (4) que nous devons la connaissance de cette localisation spéciale des kystes séreux congénitaux. Cet auteur en a publié 5 observations personnelles. Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur l'anatomie pathologique et la pathogénie de ces tumeurs, dont l'histoire se confond avec celle des tumeurs de même nature siégeant à la région cervicale. Quelquefois uniloculaires, elles sont beaucoup plus souvent multiloculaires; elles renferment une sérosité pure ou mélangée à une proportion plus ou moins considérable de sang. Leur volume peut devenir énorme. Souvent elles ne sont autre chose que la prolongation de tumeurs semblables existant à la région cervicale. Dans un cas de Birkett, le kyste dépassait les limites de l'aisselle, et se propageait en avant sous le grand pectoral, et en arrière entre l'omoplate et le grand dentelé. Dans d'autres cas, la tumeur bilobée passe au-dessous de la clavicule, et s'épanouit dans la région sus-claviculaire d'une part, et de l'autre dans la région axillaire. M. Lannelongue (5) publie une très belle planche montrant un kyste volumineux de cette nature, développé à la fois dans l'aisselle et dans la région cervicale. E. Müller a observé une de ces tumeurs, longue de 54 centimètres, qui s'étendait depuis le creux axillaire jusqu'au bassin, et occupait toute la moitié droite du tronc chez un enfant d'un an.

C'est surtout chez de jeunes sujets que de semblables tumeurs ont été observées. Les 5 cas de Birkett se rapportent à des sujets jeunes du sexe masculin, et au côté droit.

(1) BLANDIN, *Bull. de la Soc. anat.*, 1847, p. 278, n° 22.

(2) JOHN BIRKETT, *Med.-chir. Transact.*, 1868, p. 185.

(3) LANNELONGUE et ACHARD, *Traité des kystes congénitaux*, pl. VII et VIII, p. 508.