

partant du milieu de la voûte acromio-coracoïdienne, et une très petite quantité de fibres deltoïdiennes restent, en définitive, en avant de cette dernière incision.

C'est dans cet interstice que les rares collections liquides développées dans l'articulation scapulo-humérale viennent faire saillie et c'est en ce point qu'il faut rechercher la fluctuation.

La veine céphalique est accompagnée d'un groupe de lymphatiques qui aboutissent aux ganglions du sommet de l'aisselle. On trouve également dans l'interstice, 1 fois sur 10 environ, un ganglion (ganglion d'Aubry). L'infection de ce ganglion peut être l'origine d'un adéno-phlegmon, qui présente comme caractère spécial de faire saillie à la paroi antérieure de l'aisselle, au niveau de l'interstice.

La disposition la plus importante de la paroi antérieure du creux axillaire est relative aux aponévroses. Elles sont au nombre de deux, l'une superficielle, l'autre profonde. La superficielle passe au-devant du grand pectoral; la profonde est celle que nous avons déjà étudiée à propos du creux sous-claviculaire sous le nom de *clavi-pectorale*. Le schéma représenté figure 160 montre le mode d'origine de cette aponévrose à la clavicule : c'est le prolongement du feuillet moyen de l'aponévrose cervicale qui se reconstitue après avoir fourni une gaine à la veine sous-clavière et au muscle sous-clavier. Partie de la clavicule et de l'apophyse coracoïde, où elle est extrêmement résistante (AP, fig. 165), l'aponévrose clavi-pectorale recouvre les vaisseaux du creux sous-claviculaire, comprend le petit pectoral dans un dédoublement, et descend ensuite au-dessous du grand pectoral jusqu'à la base de l'aisselle, où elle adhère à la face profonde de la peau. Gerdy l'avait appelée pour cette raison *ligament suspenseur de l'aisselle*, lui attribuant la propriété d'attirer la peau de l'aisselle en haut et de l'y maintenir. Mais ce feuillet aponévrotique s'amincit de plus en plus à mesure qu'il descend et joue peu, en réalité, le rôle que lui attribuait Gerdy.

L'influence de cette aponévrose sur la marche des abcès de la paroi antérieure de l'aisselle est considérable et n'a peut-être pas été suffisamment indiquée par les auteurs. En avant et en arrière du petit pectoral se trouve, ai-je dit, une couche de tissu cellulaire très lâche, bien disposée pour le développement du phlegmon et des abcès. Il existe donc à ce niveau (sans compter l'abcès sous-cutané et l'abcès de l'interstice pectoro-deltoïdien, qui est relativement superficiel) deux sortes d'abcès profonds : l'un situé derrière le grand pectoral, l'autre derrière le petit pectoral. La différence de ce siège imprime à ces abcès un caractère tel que le premier guérit toujours, tandis que le second entraîne souvent la mort. Je suis loin de prétendre que le pus respecte constamment la barrière que lui oppose l'aponévrose clavi-pectorale, mais il la respecte le plus ordinairement, et voici ce qui se passe. Dans le premier cas, le pus placé en arrière du grand pectoral s'étale à la face profonde de ce muscle, et vient faire saillie au niveau de son bord inférieur, à la base de l'aisselle; l'abcès ouvert, la guérison s'opère rapidement.

Dans le second cas, lorsque le foyer est développé en arrière du petit pectoral, en arrière de l'aponévrose clavi-pectorale, le pus, bridé par cette aponévrose, n'a pas tendance à se porter en avant; il entoure les vaisseaux et nerfs du creux sous-claviculaire, peut gagner le cou par-dessous la clavicule et envahir le creux sus-claviculaire. De plus, le pus, se trouvant en contact immédiat avec les espaces intercostaux, décolle une grande partie de la paroi