

les limites du néoplasme ; on dissèque la peau de chaque côté, et l'on sépare la tumeur des parties saines après l'avoir saisie au moyen d'égrignes ou de pinces à crochets.

Conformément aux principes énoncés plus haut, on n'aura guère recours à cette opération partielle que dans les formes bénignes de néoplasmes ; par contre, c'est l'ablation totale qui est le plus souvent indiquée lorsqu'on a affaire soit à une de ces tumeurs s'accroissant rapidement, soit à un carcinome.

L'amputation du sein doit toujours être pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques. Après avoir rasé le creux de l'aisselle, on lavera soigneusement le champ opératoire avec de l'eau et du savon, puis avec une solution d'acide phénique ou de sublimé. La malade sera placée dans le décubitus dorsal et le haut du corps maintenu élevé par des coussins. Le bras du côté malade doit être placé dans l'abduction, et pour le maintenir dans cette position le meilleur moyen consiste à fixer l'extrémité d'un mouchoir autour du poignet, et l'autre extrémité à la tête du lit. Si le carcinome est déjà en voie de décomposition putride, des précautions antiseptiques particulières seront nécessaires. Le moyen de désinfection le plus sûr consiste à recouvrir l'ulcération, un instant avant l'opération, d'une couche de coton que l'on aura fortement exprimé après l'avoir imbibé d'une solution concentrée de chlorure de zinc. On laisse le gâteau de coton appliqué pendant quelques minutes, puis, avant de commencer l'opération, on lave tout le sein ainsi que l'ulcération avec une solution d'acide phénique, afin que les restes de la solution concentrée de chlorure de zinc ne viennent pas s'écouler dans la plaie et la cautériser.

La forme de l'incision cutanée dépend entièrement de l'état de la peau qui peut être envahie par le carcinome ou adhérer à la tumeur. Bien qu'en général on cherche à obtenir par la suture une réunion par première intention, on ne devra pas, dans l'idée d'arriver à un tel résultat, se laisser entraîner à conserver des portions de peau malades ou adhérentes. On devra enlever non seulement la partie malade, mais encore une large zone de peau saine. Dans beaucoup de cas on parvient néanmoins à réunir la plaie lorsqu'on a fait une incision elliptique ou de forme analogue. Le mamelon doit être toujours enlevé avec le reste de la glande.

La direction des incisions sera, en général, parallèle au grand pectoral ; cependant la position de la glande exige quelquefois que l'on pratique l'incision plus ou moins perpendiculairement à l'axe du corps. La première direction a l'avantage que l'incision peut être prolongée directement vers l'aisselle pour mettre à découvert les ganglions de cette région. Après avoir fait l'incision en forme d'ellipse autour du mamelon, on dissèque la peau que l'on sépare, avec le tissu adipeux sous-cutané, de la surface de la tumeur, puis on pénètre rapidement, et de préférence du côté interne, jusqu'à l'aponévrose du grand pectoral. Lorsque l'aponévrose est saine on

parvient, en général, à terminer rapidement l'opération en saisissant la tumeur que l'on attire doucement en dehors, et en s'aidant d'incisions avec le bistouri dirigé à plat. Mais si l'aponévrose est malade, ou que le carcinome arrive en contact avec elle, on devra l'enlever avec la tumeur. Il est bon d'extirper toute la glande à la fois sans rien laisser, ce qui n'est pas toujours facile. Chez les individus gras, en effet, les parties périphériques de la glande sont très difficiles à distinguer du tissu adipeux ; d'autre part, chez les personnes maigres, les prolongements que la glande envoie au-devant du feuillet aponévrotique du grand pectoral, sont souvent tellement minces, qu'on les prendrait facilement pour une aponévrose. Il en est ainsi principalement du prolongement que la glande fournit dans la direction de l'aisselle, le long du muscle grand pectoral, et qui est parfois extrêmement mince et difficile à trouver.

Lorsqu'il s'agit d'une glande mammaire peu volumineuse chez une personne maigre, l'extirpation peut être faite, en général, rapidement et avec peu d'hémorragie. Par contre, l'amputation d'un sein volumineux et pourvu d'un tissu adipeux abondant peut donner lieu à une perte de sang considérable. D'autres fois, surtout chez les personnes âgées dont la glande mammaire atrophiee est remplacée par un tissu adipeux abondant, l'amputation même d'un sein volumineux n'entraîne pas une perte de sang notable. C'est avant tout chez les personnes jeunes à tissu glandulaire fortement développé que l'écoulement sanguin est le plus abondant. C'est pourquoi, dans ces cas, il faut opérer le plus rapidement possible et s'armer d'un grand nombre de pinces à ligatures. Les aides devront appliquer immédiatement les doigts sur les gros vaisseaux d'où jaillit le sang, et si l'hémorragie est trop violente et se produit par un grand nombre de vaisseaux à la fois, on fera les ligatures nécessaires, à l'aide de fils de catgut, avant de terminer l'opération. Dès que la glande est enlevée, on lie avec le plus grand soin tous les vaisseaux qui donnent du sang. *Il n'est pas permis d'avoir une hémorragie secondaire à la suite d'une amputation du sein.* Nous avons déjà dit plus haut dans quels cas il est nécessaire d'enlever l'aponévrose pectorale avec la tumeur. Il n'est pas rare que l'on soit obligé d'enlever également des portions de muscles envahies par le néoplasme ou les couches superficielles de quelques côtes. L'opération est évidemment contre-indiquée dans les cas où le carcinome a envahi les côtes profondément, ce que l'on reconnaît à l'immobilité de la tumeur.

On procédera ensuite à l'extirpation du paquet ganglionnaire et adipeux de l'aisselle, ce que nous conseillons de faire même dans les cas où l'on soupçonne seulement que les ganglions sont malades. Le chirurgien rompu à l'antisepsie fera bien de ne jamais négliger ce second temps de l'opération des carcinomes du sein.

Comme la situation des glandes lymphatiques malades de la cavité axillaire est tout à fait typique, on s'habitue vite, avec un peu

d'exercice, à faire l'extirpation méthodique du paquet adipeux avec les glandes qu'il contient. Lorsqu'on s'est préalablement exercé à la technique de l'opération, celle-ci est loin de présenter les difficultés qu'elle paraît offrir au débutant, et elle peut être terminée avec une perte minime de sang, bien que l'on opère continuellement dans le voisinage des gros vaisseaux et de leurs nombreuses ramifications. L'opérateur ne rencontre des difficultés que dans les cas où les ganglions lymphatiques et le tissu adipeux infiltrés par le carcinome ont contracté des adhérences avec les nerfs et les vaisseaux, principalement avec la veine axillaire. Dans ces cas qui se reconnaissent à l'immobilité de la tumeur et à l'œdème de la peau, il serait préférable de renoncer à une opération qui ne saurait avoir alors aucune utilité.

Habituellement on rencontre une glande ou un paquet glandulaire au niveau du bord du grand pectoral, avant que l'on arrive sur les vaisseaux de l'aisselle. Lorsque cette glande ou ces glandes sont infiltrées de carcinome, on les trouve assez souvent dans le voisinage immédiat du prolongement axillaire de la glande mammaire. La masse principale des glandes de l'aisselle est groupée autour du point où l'artère et la veine thoraciques longues se jettent dans les gros vaisseaux. En outre on trouve toujours un certain nombre de glandes plus inférieurement, le long des vaisseaux thoraciques. Tout près du point où l'artère thoracique longue naît de l'axillaire, on trouve aussi parfois un paquet ganglionnaire qui se dirige vers la périphérie, soit du côté du bras. Le groupe de ganglions le plus important et le plus difficile à extirper s'étend jusqu'au-dessous de la clavicule en suivant exactement le côté interne, rarement le côté externe de la veine axillaire. Un prolongement adipeux avec des vaisseaux lymphatiques passe en avant et un autre en arrière de ce vaisseau. Enfin, dans un certain nombre de cas, une série de ganglions se trouvent rangés sous l'omoplate le long de l'artère sous-scapulaire.

Le moyen le plus sûr de faire l'extirpation complète de toutes les glandes lymphatiques, consiste à les enlever, avec tout le tissu adipeux qui les enveloppe ; à mon avis on y parvient le plus aisément en extirpant le paquet glandulo-adipeux non pas pièce par pièce, mais dans sa totalité. En tenant ainsi dans la main tout le paquet en question, on peut exercer des tractions, et s'orienter pour la dernière partie de l'opération qui présente quelques difficultés.

L'incision au niveau du creux axillaire doit être faite dans le prolongement de celle qui a servi à l'amputation du sein, c'est-à-dire le long du bord inférieur du muscle grand pectoral, jusqu'à la naissance du bras. On dissèque la peau et le tissu sous-cutané de façon à mettre à découvert tout le bord du grand pectoral : puis par la dissection des téguments, au niveau du bord postérieur du creux de l'aisselle, on met complètement à nu le bord externe du muscle grand dorsal. Ensuite j'ai l'habitude de di-

viser transversalement le tissu adipeux axillaire, en évitant de blesser les vaisseaux thoraciques, à 3 ou 4 travers de doigts au-dessous du point où les veines thoraciques se jettent dans la veine axillaire, par conséquent au milieu de la cavité de l'aisselle. La division du tissu adipeux sera faite plus bas si l'on constate l'existence de glandes à un niveau plus inférieur. A la distance que nous venons d'indiquer les vaisseaux thoraciques et le nerf du grand dentelé se trouvent déjà situés sur la paroi du thorax, en dehors du tissu adipeux de l'aisselle. Je cherche alors, autant que possible, à épargner les vaisseaux et le nerf en question, qui me servent de guide pour trouver la veine axillaire. On parvient aisément à les conserver intacts s'ils ne sont pas adhérents aux glandes ; mais s'il existe des adhérences, on devra naturellement en enlever une portion, ce qui ne présente d'ailleurs aucune difficulté lorsqu'on a eu soin de faire préalablement les ligatures nécessaires.

Après avoir ainsi divisé transversalement le tissu adipeux de l'aisselle, de façon à voir les vaisseaux thoraciques appliqués contre la paroi du thorax, on parvient presque toujours facilement à l'aide des doigts à détacher peu à peu la masse compacte du tissu adipeux et des glandes, et à la séparer, d'une part, de la paroi thoracique jusqu'aux gros vaisseaux, et, d'autre part, des muscles latéraux (grand pectoral et grand dorsal). On déchire alors le tissu graisseux dans le voisinage de l'artère et de la veine thoraciques longues, et à l'endroit où ces vaisseaux se jettent dans les troncs axillaires, on les isole de leur enveloppe adipeuse. Généralement on se trouve alors en présence de la veine axillaire. Un chapelet ganglionnaire s'étend dans la direction de la clavicule le long de cette veine, qui se trouve ainsi entourée d'une couche de tissu adipeux allant en s'amincissant peu à peu de bas en haut. Le meilleur procédé à suivre consiste alors à saisir avec une pince et à diviser transversalement avec le bistouri ou les ciseaux, en ayant soin d'éviter les vaisseaux, le paquet de tissu adipeux à l'endroit où il se confond avec l'aponévrose et le tissu graisseux de la gouttière bicipitale. Cela fait la veine axillaire se trouve généralement à découvert si elle ne l'était pas déjà auparavant, tandis que souvent on n'aperçoit ni l'artère ni les nerfs.

En se servant alors des doigts ou des ciseaux de Cooper fermés, on parvient à détacher de la veine le paquet adipeux au-dessous des muscles pectoraux. En même temps on examinera si les prolongements que le tissu graisseux envoie le long des vaisseaux sous-scapulaires, contiennent aussi des glandes, que l'on enlèvera de la même manière. Le temps le plus difficile de l'opération est celui qui consiste à détacher le paquet adipeux de la veine axillaire au-dessous des muscles pectoraux. Généralement on sent les glandes immédiatement et avec facilité, quelquefois sous la forme de tout petits corps durs formant un chapelet. La difficulté est de rendre accessible le champ opératoire. Il ne faut pas élever trop fortement le bras. Lorsqu'on opère dans la profondeur, le bras doit être