

légèrement soulevé et porté en avant afin de relâcher le grand pectoral. Si en détachant avec le doigt le paquet adipeux on voit ou l'on sent un vaisseau, on fera avant de le diviser une double ligature. Finalement on enlève prudemment avec les doigts les derniers restes des glandes au-dessous de la clavicule.

Habituellement, comme nous l'avons déjà dit, l'hémorragie est de fort peu d'importance. Les lésions des gros vaisseaux, et particulièrement de la veine axillaire, ne s'observent pour ainsi dire jamais dans ces opérations, à moins que la veine n'ait contracté des adhérences avec les ganglions cancéreux. D'ailleurs, même dans ces conditions, il n'est pas rare que l'on réussisse à séparer la veine du carcinome à l'aide des doigts ou des ciseaux de Cooper fermés. Dans ces cas, il est vrai, on doit toujours s'attendre à une récurrence rapide. Si la veine n'est soudée au carcinome que sur une petite étendue, tandis que l'artère et les nerfs ne sont pas compris dans la tumeur, on fera bien de pratiquer l'excision de toute la portion adhérente du vaisseau.

Il est rare que ces opérations soient suivies d'une thrombose aseptique ou purulente.

Quant aux ganglions malades de la région sus-claviculaire, les seuls que nous conseillons d'enlever sont ceux qui, situés superficiellement, forment un groupe autour de la veine jugulaire externe. L'extirpation des glandes situées plus profondément, dans le voisinage des troncs vasculaires et des gros nerfs, est dangereuse et l'on ne peut en espérer un bon résultat.

La plaie peut être suturée complètement, ou bien seulement partiellement lorsque la peau a dû être excisée sur une grande étendue. La plaie axillaire peut toujours être suturée. La cavité doit être bien drainée, et, en règle générale, on fera bien de pratiquer des boutonnières à la peau pour le passage des drains. Il est très utile d'établir une ouverture dans ce but le long du bord du grand dorsal ou à travers ce muscle, dans un point correspondant à la partie la plus déclive du décollement de la peau dans cette région. Par cette ouverture on introduira un long drain dans la cavité axillaire. Habituellement on placera un second tube à drainage dans l'angle interne puis un troisième ou même un quatrième, suivant les circonstances, dans la portion inférieure de la plaie.

Le pansement, à la suite d'une amputation du sein, doit être assez grand pour recouvrir tout le côté correspondant de la poitrine en avant et en arrière, jusqu'à un travers de main au moins au delà de la ligne médiane. Du côté opéré le bras doit être compris dans le pansement antiseptique; en bas ce dernier doit arriver jusqu'au bassin.

Sur la plaie et les parties environnantes on mettra d'abord une grande quantité de gaze chiffonnée dans les limites que nous venons de tracer; à la périphérie de cette première couche du pansement on placera une longue bande de ouate salicylée, le tout étant maintenu par une bande de

gaze antiseptique. On se servira aussi de la ouate salicylée pour fermer le pansement circulairement au niveau du tiers supérieur du bras. Puis le tout est recouvert du pansement de Lister typique. Ce dernier sera légèrement échancré en haut pour le passage du bras autour duquel viendront s'appliquer les deux lambeaux du pansement. Enfin, après avoir bien garni de ouate l'aisselle et la glande mammaire du côté sain, on fixe le pansement par des tours de bandes amidonnées. Chez les femmes ayant de l'embonpoint des précautions particulières sont nécessaires pour que le pansement soit bien fermé à sa partie inférieure. Pour cette partie du pansement on fera mettre la malade dans la position horizontale, car si on la laisse dans la position assise, le pansement s'ouvre en bas dès qu'elle se trouve dans le décubitus horizontal.

Nous conseillons de changer le premier pansement au bout de 24 heures. Si les conditions sont bonnes on pourra laisser en place le pansement suivant jusqu'à ce qu'il soit traversé par la sécrétion de la plaie. Les sutures ne doivent pas être enlevées avant 8 à 10 jours. Au bout de 15 jours toute la partie suturée de la plaie est en général guérie, même dans les cas où l'opération a présenté des difficultés particulières. Lorsqu'avant la suture et le pansement, on a lavé encore une fois la plaie avec une solution de sublimé et que l'on a soupoudré les drains d'iodoforme avant de les introduire, on peut ordinairement attendre 8 jours pour le second pansement; les sutures sont alors enlevées et toute la plaie guérit sous le troisième pansement.

§ 76. — Nous avons déjà mentionné plus haut l'apparition, dans le sein, de douleurs névralgiques, sous la dépendance de petites tumeurs. Or il existe aussi une **névralgie du sein** indépendante d'une telle cause; tantôt cette douleur s'étend à tout un espace intercostal, tantôt elle siège dans le sein et le bras correspondant.

Lorsqu'un néoplasme est cause de la névralgie, la guérison sera obtenue naturellement par l'extirpation de la tumeur. La névralgie indépendante d'un néoplasme partage le caractère de ténacité propre aux autres névralgies, ainsi que j'ai pu m'en convaincre dans plusieurs cas. Quelquefois elle est en relation avec des maladies de l'utérus ou des ovaires. Il faudrait alors traiter d'abord ces dernières. Dans les autres cas on aura recours aux moyens ordinaires, aux frictions avec l'onguent à la véraltrine, avec le chloroforme, au courant constant et à l'emploi des anesthésiques localement ou à l'intérieur (injections de morphine).