

ceptibles d'être avantageusement modifiées par la compression, tandis que les autres (sarcomes, myxomes), loin d'être curables par ce moyen, pourraient, au contraire, en éprouver une fâcheuse influence; si, d'autre part, on songe que le diagnostic de ces tumeurs adénoïdes est à peu près impossible au début, c'est-à-dire à la période où la compression serait utile, on sera amené à conclure que ce mode de traitement doit être rarement indiqué, qu'il doit rarement réussir, et que son usage ne doit pas être longtemps prolongé. Il va sans dire qu'il est absolument contre-indiqué dans les cas de tumeurs franchement malignes.

La compression s'exerce à l'aide de rondelles d'agaric superposées que l'on applique sur la tumeur et qui sont solidement fixées par un bandage circulaire entourant la poitrine. La tumeur se trouve ainsi directement comprimée contre la paroi thoracique. Lorsque la mamelle est flasque et pendante, on devra comprimer la tumeur sur un coussin d'agaric interposé entre la mamelle et le thorax.

Outre les difficultés d'application du bandage, il faut reconnaître qu'il est souvent mal toléré, en raison de la gêne qu'il apporte dans la respiration. Aussi doit-on graduer la compression : le premier appareil sera modérément serré, et lorsque les malades se seront habitués à respirer selon le type abdominal, on augmentera le degré de striction.

Dans les cas favorables, la compression agit rapidement; si, au bout de quelques jours, elle n'amène pas une diminution notable dans le volume de la tumeur, si celle-ci augmente et devient douloureuse, il faut renoncer à l'emploi de cette méthode et recourir à d'autres plus efficaces.

c. Nous nous bornons à mentionner les deux procédés suivants : l'écrasement, qui se pratique en comprimant la tumeur contre la poitrine avec une force suffisante pour amener des ruptures multiples dans son intérieur, et le broiement sous-cutané qui se fait à l'aide d'un ténorome introduit sous la peau de façon à déchirer le tissu de la tumeur. Ces deux procédés, peu justifiables théoriquement, n'ont pas été suffisamment employés pour qu'on puisse se prononcer sur leur valeur.

d. Il en est de même des injections irritantes interstitielles préconisées par Luton (de Reims).

e. *Extirpation.* — L'extirpation constitue la méthode de traitement par excellence des tumeurs du sein. Dans un grand nombre de cas, elle est véritablement et définitivement curative; dans d'autres cas, elle procure seulement une guérison temporaire, le mal récidivant sur place après un temps variable ou se montrant ailleurs par suite de sa généralisation.

Si l'extirpation convient au traitement de toutes les tumeurs du sein, bénignes ou malignes, elle est cependant quelquefois contre-indiquée d'une manière formelle : lorsqu'il s'agit, par exemple, de l'une de ces variétés de cancer de la mamelle désignées sous le nom de squirrhe en

cuirasse, lorsque les ganglions axillaires sont envahis dans une grande étendue, lorsqu'il existe des signes évidents de cachexie et de généralisation.

L'extirpation d'une tumeur du sein peut être pratiquée selon divers procédés. L'écrasement linéaire, la ligature élastique sont rarement applicables, à moins de tumeurs de petit volume.

Le bistouri, le galvano-cautère, le thermo-cautère, conviennent au contraire pour l'extirpation de toutes les tumeurs du sein et seront le plus souvent mis en usage. Tout en reconnaissant les avantages réels du galvano-cautère et du thermo-cautère, au point de vue de la prévention des hémorragies et de quelques accidents ultérieurs, je pense néanmoins que l'extirpation par ces instruments, a l'inconvénient d'entraîner une longue suppuration et de retarder considérablement la guérison.

Aussi n'hésitai-je pas à donner la préférence à la méthode d'extirpation par le bistouri, réservant l'emploi du galvano-cautère ou du thermo-cautère pour certains cas déterminés, lorsqu'il s'agit de sujets très-affaiblis, placés dans des conditions hygiéniques mauvaises, lorsque la plaie résultant de l'opération doit être large et qu'il est impossible d'espérer sa réunion primitive.

L'extirpation d'une tumeur du sein étant résolue, on doit se demander dans quelles limites devra se faire cette extirpation. Doit-on se borner à enlever les parties malades ou doit-on pratiquer l'amputation de la totalité de la mamelle? La réponse est facile, lorsqu'il s'agit d'une tumeur franchement maligne; il ne faut pas hésiter à enlever avec la tumeur la totalité de la glande, en emportant toutes les parties du tégument qui lui adhèrent, de façon à faire porter l'incision sur une peau absolument saine.

Mais en présence d'une tumeur ayant tous les caractères de la bénignité et facilement isolable du reste de la glande, le chirurgien peut éprouver quelque embarras relativement à la conduite qu'il doit tenir. L'énucléation de la tumeur, opération facile, simple dans ses résultats et qu'on serait tenté de pratiquer dans bien des cas, doit être proscrite, car elle expose à laisser des portions de tissu glandulaire malade qui deviendraient l'origine d'une récurrence presque fatale.

Ainsi que le font justement remarquer Labbé et Coyne, l'étude de l'anatomie et de la physiologie pathologiques des tumeurs du sein amène à cette conclusion que, dans tous les cas, la glande, origine première de la tumeur, doit être sacrifiée. Nous adoptons complètement cette manière de voir et nous conseillons d'une manière générale l'ablation totale de la mamelle, toutes les fois que la tumeur présente un certain volume et que ses limites ne sont pas exactement circonscrites. Dans le cas contraire, on peut employer un moyen terme et recourir à l'extirpation partielle de la glande mammaire, en dépassant largement les limites de la tumeur et en faisant porter autant que possible la section sur le



tissu glandulaire sain. De cette façon, on aura la presque certitude d'échapper à la récurrence, et l'opération, moins grave que l'amputation totale du sein, aura de plus l'avantage de donner un résultat esthétique meilleur et de produire une mutilation plus facile à dissimuler.

Je n'insisterai pas sur les détails du manuel opératoire de l'amputation partielle ou totale du sein, qui constitue le plus souvent une opération assez facile. S'agit-il d'une amputation partielle? on limitera par deux incisions courbes un lambeau de peau correspondant au diamètre transversal de la tumeur, puis, celle-ci étant mise à nu, on sectionnera la glande à droite et à gauche, et à une distance suffisante pour dépasser largement les limites des parties altérées.

Quant à l'amputation totale du sein, son manuel opératoire diffère suivant que la tumeur est mobile sur les parties profondes ou leur est adhérente. Dans le cas de tumeur mobile sous la peau et sur les parties profondes, il est bon de conserver le plus possible de téguments. Une seule incision peut suffire et j'emploie souvent dans ces conditions une incision à convexité inférieure, dirigée de haut en bas et de dehors en dedans, suivant le grand axe de la mamelle. S'il paraît utile de sacrifier une partie du tégument, ou si la peau est adhérente, on circonscrit la mamelle entre deux incisions courbes, formant une ellipse qui comprend les portions altérées de la peau et dont le grand axe présente une direction oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Il est nécessaire, dans la plupart des cas, d'emporter le mamelon avec le lambeau cutané, ainsi circonscrit. La glande mise à nu est rapidement disséquée à sa face antérieure, sur ses bords, puis à sa face profonde, et enfin détachée. Dans les cas d'adhérences profondes, il est souvent nécessaire de mettre à nu les fibres du grand pectoral et même d'enlever une partie de l'épaisseur de ce muscle. Parfois même, la tumeur ayant envahi le muscle et adhérent aux côtes, on a été jusqu'à ruginer la face antérieure de ces os. Mais, dans ces conditions, l'amputation du sein est toujours suivie d'une récurrence rapide, et je suis d'avis qu'il vaut mieux s'abstenir.

Lorsqu'il s'agit d'une tumeur cancéreuse, il est souvent indispensable de compléter l'opération en enlevant les ganglions dégénérés de l'aisselle. Pour cela, l'incision sera prolongée en dehors, de manière à fournir un accès facile vers la cavité axillaire, puis on procédera à l'ablation des ganglions, en les détachant successivement avec un instrument moussé comme une spatule, ou plus simplement avec les ongles.

Durant l'amputation du sein, si des vaisseaux de quelque importance sont ouverts, on pourra arrêter momentanément l'écoulement sanguin, soit en faisant appliquer les doigts d'un aide sur ces vaisseaux, soit en les saisissant avec des pinces hémostatiques. De cette manière, l'opération n'est pas interrompue. L'amputation terminée, on devra lier ou tordre les vaisseaux les plus volumineux et s'assurer avec le plus grand soin que tout écoulement sanguin a cessé.

A l'exception des cas où il s'agit de l'ablation d'une petite tumeur, laissant à sa suite une plaie de peu d'étendue et peu profonde, cas dans lesquels il sera souvent permis de tenter la réunion par première intention, je n'hésite pas à proscrire à peu près formellement ce mode de traitement consécutif à l'amputation du sein, non-seulement dans la pratique hospitalière, mais même dans la pratique de la ville. Cette proscription s'entend de cette réunion primitive que l'on cherche à obtenir par la suture exacte des lèvres de la plaie et qui expose à l'érysipèle et aux phlegmons diffus des parois thoraciques. Depuis quelque temps j'emploie un mode de pansement qui m'a donné des succès remarquables et qui, sans offrir les inconvénients et les dangers de la suture, procure une réunion très-exacte et une guérison rapide. Les lèvres de la plaie sont affrontées aussi exactement que possible et maintenues à l'aide de bandelettes de diachylon séparées les unes des autres; dans les points où la coaptation ne paraît pas possible, je place un bout de tube à drainage pour assurer l'écoulement des liquides; si l'on a dû enlever les ganglions axillaires, un tube est introduit jusqu'au fond de la cavité de l'aisselle. Puis la plaie est recouverte d'une compresse formée de plusieurs épaisseurs de tarlatane, et imbibée d'un liquide antiseptique (solution phéniquée, sulfitée, etc.); enfin, par-dessus tout, j'applique un carré de taffetas gommé et une couche très-épaisse d'ouate qui sert à exercer, à l'aide d'un bandage de corps, une compression énergique; celle-ci a pour effet d'assurer la réunion primitive de la face profonde de la peau aux parties sous-jacentes.

Contrairement à la pratique de la plupart des chirurgiens, je renouvelle ce pansement dès le lendemain et, grâce à l'emploi de la tarlatane substitué à celui de la charpie qui colle et adhère à la plaie, l'appareil s'enlève sans difficulté et sans douleur.

d. *Cautérisation*. — Cette méthode de traitement comprend la *cautérisation en nappe* et la *cautérisation linéaire*.

Applicable seulement aux tumeurs ulcérées occupant une large surface tout en restant peu épaisses, la *cautérisation en nappe* est surtout employée comme traitement palliatif dans certains cas de tumeurs inopérables et pour détruire des fongosités exubérantes donnant lieu à des hémorragies ou fournissant une suppuration fétide. Parmi les divers caustiques employés, nous donnons dans ces cas la préférence à la pâte au chlorure de zinc.

La *cautérisation linéaire* pourrait être considérée comme une sorte d'extirpation à l'aide d'un caustique. C'est à Girouard, de Chartres, et à Maisonneuve que l'on doit la connaissance et le perfectionnement de cette méthode de traitement des tumeurs du sein.

Girouard circoncrivait la base de la tumeur avec une traînée de pâte de Vienne, puis, l'eschare étant formée, il l'incisait et, dans la rainure ainsi produite, il introduisait des lanières de pâte au chlorure de zinc; puis, par des applications successives de ce caustique, il disséquait la



tumeur qui finissait par se séparer complètement des parties profondes en sept ou huit jours. Le procédé de Girouard a conduit à un autre mode d'application des caustiques, qui, d'abord employé par Salmon et Manoury (de Chartres), a surtout été préconisé par Maisonneuve sous le nom de *cautérisation en flèche*. Dans ce mode opératoire, le chirurgien circonscrit la tumeur par une série de ponctions faites avec le bistouri; puis, dans chaque ouverture ainsi faite, il introduit un morceau de pâte au chlorure de zinc durcie, taillé en pointe, de façon à pouvoir être enfoncé profondément. La tumeur, séparée des tissus sains, se mortifie et se sépare d'elle-même au bout d'un temps variable.

La cautérisation linéaire présente des inconvénients graves; c'est une méthode lente, extrêmement douloureuse, et dans laquelle on n'est pas toujours exactement sûr de ce que l'on fait. Elle expose d'ailleurs à peu près aux mêmes accidents que les autres procédés d'extirpation, et de plus on a vu la perforation de la plèvre produite par une flèche caustique enfoncée trop profondément. Aussi estimons-nous que cette méthode de traitement ne doit être mise en usage que dans des circonstances exceptionnelles, et qu'on doit toujours lui préférer l'extirpation par le bistouri, le thermo-cautère ou le galvano-cautère.

*Traitement palliatif.* — Lorsqu'une tumeur du sein est jugée inopérable ou lorsque la malade se refuse obstinément à toute opération, le rôle du chirurgien doit se borner à atténuer autant que possible, par l'emploi de palliatifs locaux, les symptômes les plus pénibles. Dans tous les cas, la mamelle sera contenue à l'aide d'un bandage approprié, très-légèrement compressif. S'il existe des douleurs vives, on cherchera à les calmer par des applications narcotiques (opium, belladone, etc.). Dans le cas de tumeurs ulcérées, le traitement local aura surtout pour but de combattre les hémorrhagies et la fétidité des liquides sécrétés. Nous avons dit précédemment que la cautérisation en nappe, pratiquée à l'aide de la pâte au chlorure de zinc, pouvait remplir ces deux indications. Les pansements avec les solutions phéniquée, chloralée, avec la liqueur de Labarraque, permettront d'atténuer la fétidité des sécrétions.

### ARTICLE III

#### VICES DE CONFORMATION DE LA RÉGION MAMMAIRE.

Les difformités congénitales par défaut ou par excès de la région mammaire ne sont pas très-rares et se montrent sur une seule mamelle ou sur les deux à la fois.

On observe assez fréquemment le développement rudimentaire des deux glandes mammaires coïncidant avec un développement imparfait de l'utérus et des ovaires. L'absence complète des deux mamelles

(*amastie*) a été signalée dans des cas d'anomalies du thorax incompatibles avec l'existence.

On a constaté l'absence d'une mamelle chez des sujets chez lesquels le muscle grand pectoral et la partie antérieure des troisième et quatrième côtes faisaient défaut, en sorte que la peau seule fermait le thorax.

Les anomalies par excès (*polymastie, pléiomastie*) sont plus fréquentes et peuvent s'observer chez l'homme. Parfois on a trouvé une mamelle surnuméraire placée latéralement tantôt au-dessous de la mamelle normale, tantôt dans l'aisselle, plus rarement à la région lombaire, sur le dos, sur l'épaule. Dans un cas rapporté par Robert, une mamelle surnuméraire occupait la face externe de la cuisse gauche et donnait du lait.

Lorsqu'il existe deux mamelles surnuméraires, elles occupent généralement la cavité axillaire, comme dans la figure ci-contre, qui représente une femme *tétramare* observée par le docteur Quinquaud (1). Après la parturition, les glandes axillaires, comme les glandes normales, ont sécrété du lait dont on a reconnu les qualités histologiques.

Dans un autre cas mentionné par le docteur Quinquaud et dû à Gallard, les deux mamelles supplémentaires siégeaient au-dessous des deux autres, c'est-à-dire au niveau des derniers cartilages costaux.

Enfin, on a observé trois mamelles supplémentaires, dont deux occupaient l'aisselle et la troisième était située au-dessus de l'ombilic.

En général, les mamelles supplémentaires sont peu développées; cependant on a vu, par l'exemple cité plus haut, qu'elles pouvaient fournir une véritable sécrétion. Dans un cas rapporté par Forster, une mamelle *axillaire* fut atteinte de cancer, tandis que la mamelle normale correspondante était saine.

J'ai observé un exemple de kyste laiteux de la grosseur du poing développé dans une mamelle supplémentaire et qui siégeait presque sur la ligne médiane, un peu au-dessus de la mamelle droite, dont il était

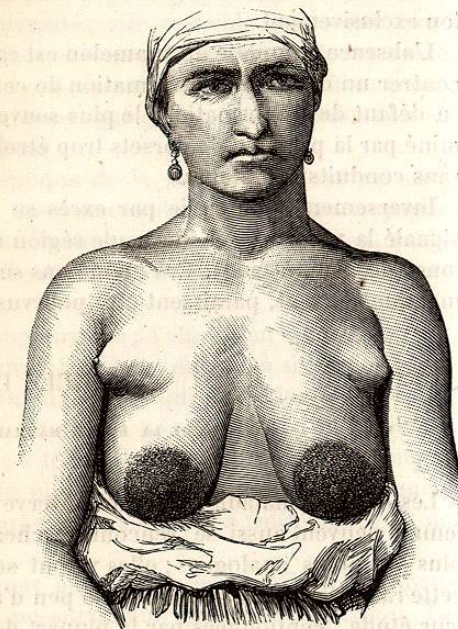


FIG. 97. — Mamelles surnuméraires.

(1) *Revue photographique des hôpitaux*. Janvier 1870.