n'ait recours aux greffes de Thiersch ou à la transplantation de l'autre sein (Legueu).

L'amputation partielle est indiquée : 1° dans l'hypertrophie simple colossale du sein; 2º dans les néoplasmes bénins, tels que les adénomes, le fibrome et le lipome, et alors il s'agit bien plutôt d'une énucléation que d'une amputation proprement dite. L'amputation totale est réservée aux néoplasmes malins (sarcome, épithéliome); cependant, si l'on a, par exemple, affaire à un épithéliome du mamelon et de l'aréole pris de bonne heure, sans engorgement des ganglions situés sous le bord inférieur du grand pectoral et dans l'aisselle, l'amputation partielle, mais large, donne d'aussi bons résultats thérapeutiques que l'amputation totale. Celle-ci doit toujours être précédée, accompagnée ou suivie, séance tenante, de l'évidement ou toilette du creux axillaire lorsqu'il s'agit d'un carcinome, même avec intégrité apparente des ganglions, parce que c'est dans les ganglions et par eux qu'a lieu le plus souvent la récidive du carcinome 1. L'évidement sous-pectoro-axillaire est naturellement aussi une obligation dans l'épithéliome ou le sarcome, quand il y a un engorgement ganglionnaire appréciable. Enfin, dans les cas douteux, on fait encore l'évidement.

Appareil instrumental:

Un bistouri droit;

Une pince anatomique;

Deux fortes pinces-érignes;

Une sonde cannelée;

Des ciseaux courbes mousses;

Une série de pinces hémostatiques de Péan;

Un ténaculum;

Des aiguilles à suture;

Catgut, soie, crins de Florence;

Une aiguille de Cooper, en cas de besoin.

Soit, comme type, l'amputation totale du sein avec évidement sous-pectoro-axillaire et avec conservation de deux lambeaux cutanés aptes à la réunion immédiate.

Procédé de l'auteur. — 1° temps: Incision semi-elliptique inférieure des téguments, et dénudation de la partie inférieure de la glande jusqu'à sa circonférence. — La malade étant étendue sur le dos, le côté droit, par exemple, rapproché du bord de la table, le bras écarté du tronc à angle droit, — après s'être placé à droite, — faire une incision cutanée courbe (fig. 1213, AB) dont la corde soit dirigée dans le sens d'une ligne qui irait du creux axillaire à la base de l'appendice xyphoïde (ligne axillo-xyphoï-

dienne). L'incision doit commencer et se terminer à un ou deux travers de doigts au-dessus et au-dessous de la circonférence de la glande.

Diviser à grands traits la couche graisseuse sous-cutanée dans la même étendue que la peau; puis, soit avec le manche du bistouri ou mieux encore avec l'index droit — pendant qu'on soulève et renverse de la main gauche la lèvre inférieure de l'incision, — dénuder la partie correspondante de la glande jusqu'à la circonférence.

Hémostase, particulièrement en dehors : branches et raméaux de l'artère mammaire externe.

2º temps : Incision semi-elliptique supérieure des téguments, et dénudation de la partie supérieure de la glande jusqu'à sa circonférence. — Faire

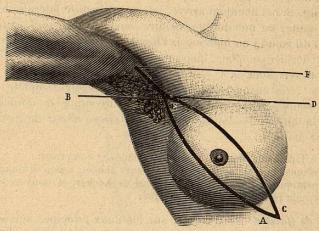


Fig. 1213. — Incision elliptique pour l'amputation totale du sein. Avec incision sous-pectoro-axillaire EF, pour l'évidement ganglionnaire de l'aisselle.

une autre incision cutanée (même fig., c D), dont la concavité regarde la concavité de la première incision.

Diviser le tissu graisseux sous-cutané, et dénuder, toujours par diérèse mousse, la partie supérieure de la glande jusqu'à sa circonférence.

Hémostase, particulièrement en haut : rameaux de l'acromio-thoracique et des thoraciques antérieures.

3º temps: Ablation de la glande. — Saisir la glande près de sa demi-circonférence supérieure avec des pinces-érignes et la détacher du grand pectoral au moyen du bistouri en allant par traits de haut en bas et de dehors en dedans, suivant la direction des fibres du grand pectoral. Le sacrifice d'une partie ou de la totalité du muscle grand pectoral et la rugination des côtes sont quelquefois nécessaires; mais il faut toujours dépouiller ce muscle de son aponévrose, d'après l'excellent conseil d'Heidenhain, tout en enlevant le sein.

Hémostase: rameaux perforants des artères intercostales.

Quelquefois la propagation se fait par les ganglions intercostaux sous-jacents à la mamelle. Nous n'avons malheureusement aucun moyen de diagnostiquer, et, par suite de reconnaître alors une contre-indication à l'opération. (Voy. Rieffel, Th. Paris, 1890.)

4º temps: Incision sous-pectoro-axillaire et évidement ganglionnaire de l'aisselle. — La glande une fois extirpée, faire une incision (ε F) qui commence au point de conjonction des deux incisions semi-elliptiques, côtoie le bord inférieur du grand pectoral, arrive au fond du creux axillaire et se prolonge suffisamment soit en dehors, dans la direction du bras, soit en arrière vers le grand dorsal, pour qu'on ait un jour convenable.

Diviser l'aponévrose axillaire, soulever le bord inférieur du grand pectoral, rechercher le ou les deux ganglions lymphatiques sous-pectoraux, qui sont souvent les premiers infectés, et les énucléer avec le doigt. Enlever avec les ciseaux tout le tissu cellulaire voisin.

Remonter vers le haut du creux de l'aisselle, et énucléer de même les ganglions axillaires en prenant le plus grand soin d'éviter l'ouverture de la veine axillaire. Si cet accident arrive, jeter une ligature latérale de soie fine (ouverture petite) ou une double ligature (ouverture grande), et couper les chefs au ras du nœud; ou bien saisir l'ouverture avec une pince de Péan, et laisser cette dernière en place quarante-huit heures, comme nous l'avons fait plusieurs fois avec succès.

5° temps : Suture complète. — Après revision complète, faire la suture entrecoupée de la plaie mammaire : suture simple ou double, suivant la laxité ou la tension des lambeaux tégumentaires ; réunir de même totalement la plaie axillaire.

Pansement iodoformé, tampon axillaire et bandage compressif.

Nous ne faisons généralement, depuis plusieurs années, aucun drainage axillaire, ou nous ne pratiquons que le drainage latéral de Kocher, et nous avons presque toujours obtenu la réunion immédiate absolue.

Procédé de Halsted¹. — Il repose sur les deux principes suivants : 1° le muscle grand pectoral, entier ou presque entier (sauf sa portion claviculaire), doit être excisé dans chaque amputation du sein cancéreux, parce que l'opérateur peut ainsi enlever en bloc tous les tissus suspects ; 2° les tissus suspects doivent être enlevés en bloc de peur que la plaie ne soit infectée par la division des tissus cancéreux et des vaisseaux lymphatiques remplis de cellules cancéreuses, et parce que les débris ou fragments du tissu cancéreux peuvent facilement passer inaperçus dans une extirpation pièce à pièce.

Diviser la peau et la graisse sous-jacente d'un seul coup autour du sein (fig. 1214).

Disséquer un lambeau cutané triangulaire à base postérieure à la hauteur de l'aisselle, sans la graisse.

Couper les insertions costales du grand pectoral, et continuer jusqu'au niveau du tubercule du scalène, vers la clavicule, la division de la fente qui existe entre les deux portions du grand pectoral.

A ce niveau, pour découvrir le sommet de l'aisselle, couper immédiatement sous la clavicule le grand pectoral et la peau sus-jacente.

Disséquer avec soin le tissu cellulaire lâche sous la portion claviculaire (ordinairement laissée en arrière), pendant que le muscle grand pectoral est relevé en haut avec un large crochet.

Continuer la division intermédiaire du muscle grand pectoral et le retrancher jusque près de son attache humérale.

Soulever avec quelque force toute la masse (peau, sein, tissu aréolaire et graisse) circonscrite par l'incision primitive de façon à tendre l'aponévrose sous-musculaire comme si elle était détachée du thorax près des côtes et du muscle petit pectoral.

Le bord inférieur de ce dernier étant nettement exposé, le diviser perpendiculairement à ses fibres et un peu au-dessous de son milieu.

Diviser aussi loin que possible en dehors le tissu plus ou moins riche en

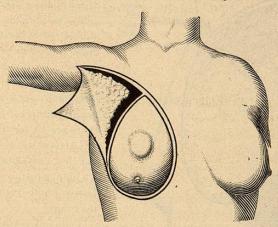


Fig. 1214. — Incision et dissection d'un lambeau cutané axillaire, pour l'extirpation totale en bloc du sein et des ganglions clavi-axillaires, d'après le procédé de Halsted.

vaisseaux lymphatiques et souvent cancéreux sur le muscle petit pectoral près de son insertion coracoïde; puis le rabattre en dedans pour le libérer et le préparer à être renversé en haut de cette portion du petit muscle pectoral.

Relever en haut avec un large rétracteur la portion supérieure et externe de ce muscle.

Séparer de ce muscle avec le plus grand soin les petits vaisseaux sanguins, surtout veineux, qui sont sous le petit pectoral près de son insertion. Ces vaisseaux sont enfouis dans un tissu conjonctif lâche qui semble riche en lymphatiques et contient plus ou moins de graisse. Cette graisse est souvent infiltrée de cancer. Il faut les bien disséquer et lier près de la veine axillaire.

Après avoir exposé la veine sous-clavière à son point le plus élevé, disséquer scrupuleusement tout le contenu de l'aisselle. « Les ganglions et la graisse ne doivent pas être extraits avec les doigts, comme le conseillent, j'en suis affligé, dit Halsted, les auteurs modernes et comme cela se fait très souvent par des opérateurs. » La veine axillaire doit être mise au net. Ne jamais

^{&#}x27; Halsted (Ann. of surgery, nov. 1894).

comprendre de tissu avec les ligatures de vaisseaux. Le mieux, en libérant la veine, est de la refouler avec les doigts loin des tissus. Il est quelquefois utile de mettre à nu l'artère axillaire.

Après avoir disséqué nettement les vaisseaux, séparer rapidement le contenu axillaire d'avec la paroi interne de l'aisselle, le côté latéral du thorax. Saisir la masse avec la main gauche, et la détacher en dehors et un peu en haut avec une force suffisante pour tendre la délicate aponévrose qui la retient

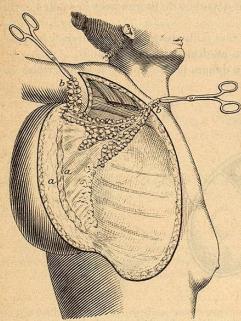


Fig. 4215. — Sein aa sur le point d'être détaché complètement en bloc avec les prolongements cellulo-graisseux et leurs ganglions bb, d'après le procédé de Halsted.

au thorax. Cette aponévrose est coupée près des côtes et du grand dentelé (fig. 1215).

Quand on a atteint la jonction de la paroi postérieure et de la paroi latérale de l'aisselle ou un peu plus tôt, un aide saisit le lambeau triangulaire de peau et le tire en dehors, en favorisant la section des tissus qui sont sous le muscle sous-scapulaire, le grand rond et le grand dorsal. Dégager la paroi postérieure de l'aisselle. Forcipresser, puis lier les vaisseaux.

Quant aux nerfs sous-scapulaires, on les conserve ou on les coupe.

Cela fait, retourner la masse en bas dans sa position normale, diviser au bistouri ses dernières attaches pour l'enlever d'un coup. On perd peu de sang.

Rapprocher les bords de la plaie par une suture en bourse perdue de soie orte qui passe seulement à la base du lambeau cutané. Le reste du lambeau est employé pour couvrir le fornix de l'aisselle. Jamais de drain axillaire. La partie non couverte de la plaie guérit souvent par ladite organisation des caillots sanguins.

Halsted a opéré ainsi 50 cas, de juin 1889 à janvier 1894, à l'hôpital John Hopkins de Baltimore: il n'a eu que 6 p. 100 de récidive locale (dans la cicatrice), et 24 p. 100 de récidive régionnaire, c'est-à-dire à distance plus ou moins grande de la cicatrice (métastases cutanées dites lenticulaires). Nous avons déjà employé plusieurs fois ce procédé, plus ou moins modifié, mais les faits sont trop récents pour que nous puissions donner une note sur sa valeur thérapeutique.

En somme, pour être vraiment radicale, l'amputation du sein doit rem-

plir les conditions suivantes, ainsi que le fait fort bien remarquer Kümmer ¹ (de Genève): « 1° extirpation très large de la peau malade et même de la peau saine en apparence, y compris la section complète des ligaments suspenseurs du sein; 2° exérèse totale de la glande mammaire; 3° ablation de tout le territoire lymphatique du sein avec évidement du creux axillaire, du creux sous-claviculaire et, au besoin, du creux sus-claviculaire. L'extirpation de la partie sternale du muscle grand pectoral facilitera singulièrement le troisième temps de l'opération sans compromettre pour cela le résultat fonctionnel ². »

L'amputation du sein, même totale avec évidement axillaire, est aujourd'hui peu grave; sa mortalité s'élève à 5 p. 100, au plus. En ce qui concerne sa valeur thérapeutique vis-à-vis du cancer, l'expérience a démontré qu'elle donne une guérison définitive (ou du moins durable) sur quatre ou cinq cas, si l'on admet comme terme d'épreuve la période de trois ans à l'exemple des chirurgiens allemands. La proportion de ces guérisons serait même le double (42 p. 100), d'après Jærss ³, dans les statistiques nouvelles de Halsted, de Rotter, de Watson-Cheyne, d'Helferich.

ÉNUCLÉATION MASSIVE DU SEIN

Nous désignons ainsi une opération qui a été déjà pratiquée quelquefois à l'étranger et qui consiste à enlever toute la masse glandulaire ou glandulograisseuse du sein, tout en conservant intégralement la peau, y compris le mamelon, ce qui la distingue de l'amputation.

Elle n'a qu'une valeur esthétique, appréciable surtout chez les jeunes femmes, et elle ne convient guère qu'aux tumeurs bénignes diffuses de la glande, hypertrophie simple ou fibro-adénome. C'est pour un fibro-adénome de toute la glande (fig. 1216) que nous avons eu l'occasion de l'appliquer; le diagnostic a été vérifié par l'examen histologique. On peut l'appliquer à d'autres cas où la peau est absolument saine.

Le manuel opératoire est fort simple. On incise d'abord la peau, sur le sillon circum-mammaire, s'il existe, — en tout cas dans la demi-circonférence inférieure et externe du sein. On décolle la partie correspondante de la peau, avec le bistouri ou les ciseaux, jusqu'au mamelon; on divise ce dernier transversalement à sa base; puis, pendant qu'un aide attire en bas, au moyen d'une érigne de Museux, la partie dénudée de la glande, on continue à décoller le reste de la peau qui recouvre le sein. Cela fait, on prend soimème la pince-érigne de la main gauche; on saisit la partie supérieure de la glande, pendant que l'aide relève le lambeau avec une autre érigne ou autrement, et l'on décolle le sein de haut en bas avec les ciseaux et les doigts.

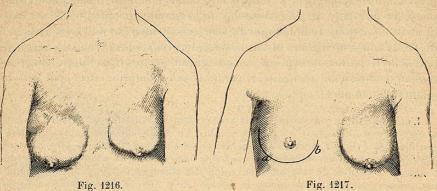
⁴ Kümmer, Pronostic et traitement du cancer du sein (Sem. méd., 27 janv. 1896).

² Halsted, Rotter (Berl. kl. W., 9 nov. 1897), nous-même et autres chirurgiens en avons fait souvent la vérification.

³ Jærss (D. Z. f. Chir., 1896).

1290

L'hémostase définitive une fois obtenue, on rabat le lambeau et on le suture exactement au crin de Florence avec l'autre lèvre de l'incision cutanée. (On



Fibro-adénome diffus ou massif du sein droit (d'après une de nos malades).

pourrait aussi employer la suture intradermique.) Pansement aseptique compressif avec bandage de corps.

On enlève les points au bout de huit jours, il reste ensuite une cicatrice linéaire périphérique peu apparente; seulement (fig. 1217) le mamelon est à un niveau un peu plus élevé que l'autre.

TABLE DES MATIÈRES

Préface	•		I
	LIVI	RE I	
L'OI	PÉF	RATION	
CHAPI	TRE	PREMIER	
DÉFINIT	ION	GÉNÉRALE	
Les principaux genres d'opérations cli- niques. Opérations typiques et opérations aty- tiques. Opérations sanglantes ou à plaie vive	1	et opérations non sanglantes. Opérations indolores et opérations dou- loureuses. Opérations aseptiques, septiques ou douteuses.	2 3
C H	API	TRE II	
INDICATIONS ET CONTRE-INI	DICA'	TIONS OPÉRATOIRES GÉNÉRALES	
Indications. a. Opérations urgentes. b. Opérations nécessaires. c. Opérations utiles. d. Opérations facultatives. Contre-indications. Contre-indications des opérations urgentes.	4 4 5 5 5	Contre-indications des opérations qui peuvent attendre a. Contre-indications absolues. b. Contre-indications relatives ou temporaires. c. Influence nulle du milieu extérieur.	5 6 6 8
CH	APIT	RE III	
		OPÉRATIONS ÉLÉMENTAIRES	
		SANGLANTE SANGLANTE	
A. Ses opérations élémentaires. B. Son appareil instrumental.	7 8	C. Sa technique.	14
ARTICLE PREMIER	LA	DIVISION VIVE DES TISSUS	
 a. L'incision: Incision de la peau. 1º Incision sur place. Règles générales. Manuel opératoire typique. 2º Incision sur pli. b. La section: 	15 16 16 17 18 20 22	Section de la peau. 4º Section sur place. Règles générales. Manuel opératoire. 2º Section sur pli. c. La dissection.	23 23 23 23 24 24
ARTICLE II L	HÉM	MOSTASE DE LA PLAIE	
 a. Hémostase directe primitive (dans les opérations à pleine circulation.) a'. Moyens d'oblitération vasculaire: hémorragies artérielles et veineuses. 	25 26	Filopressure. Clamp-pincement ou clampage. Angiotripsie. b'. Moyens d'obturation vasculaire : hémorragies parenchymateuses et	34 32 32
Forcipressure. Ligature.	26 27	hémorragies multiples soudaines. Compression directe momentanée de	33
Torsion.	29	la plaie.	33