

semaines et des mois, et quand, en désespoir de cause, ils viennent consulter les hommes mieux renseignés, il est trop tard ; le cancer a envahi la peau et les ganglions, et l'opération est impraticable et des plus risquées. Soyez donc bien avertis que quand une femme vous ira trouver pour "quelque chose au sein", comme elles disent toujours, votre devoir est de l'examiner attentivement et, s'il le faut, d'appeler un confrère en consultation.

Faites de suite votre diagnostic, puis suivant le cas, enlevez *complètement* la tumeur ou ne faites rien du tout. Surtout, n'amusez pas la malade jusqu'à ce qu'il soit trop tard pour opérer avec chance de succès, car, dans ce cas, vous seriez en partie la cause de sa mort.

Messieurs, je ne saurais terminer cette leçon d'une façon plus avantageuse et plus instructive pour vous, qu'en vous donnant un résumé et des extraits d'une clinique de M. Chs Monod, agrégé de la Faculté de Paris et suppléant de M. le prof. Trélat à l'hôpital Necker. Je suis heureux de pouvoir vous dire, en passant, que j'ai connu intimement M. Monod, à Paris, il y a déjà douze ans, et que j'ai pu, dès lors, apprécier son jugement sain et ses vastes connaissances. C'est pourquoi je vous livre en toute confiance ces extraits que vous saurez, j'en suis certain, apprécier autant que je l'ai fait moi-même.

Voici, dit M. Monod, la marche habituelle du cancer du sein : nodosité ou tumeur, d'abord intra mammaire, plus ou moins perdue dans l'épaisseur de la glande, qui devient ultérieurement adhérente à la peau, amène la tuméfaction des ganglions de l'aisselle, s'unit profondément aux muscles et à la paroi thoracique, s'ulcère enfin et finit par entraîner la mort par la généralisation dans les différents viscères et par cachexie.

Il est intéressant pour le chirurgien appelé à prendre une détermination, et à la prendre en temps utile, de savoir dans quel ordre ces diverses phases de la maladie se succèdent, et s'il est possible d'assigner à leur apparition une date plus ou moins précise.

L'étude des statistiques fournit sur ce point des données intéressantes. Il résulte de l'ensemble des faits analysés par les auteurs que, jusqu'au *septième* ou *neuvième* mois, la peau reste habituellement intacte, tandis que vers le quatorzième elle est presque toujours déjà adhérente à la tumeur sous-jacente.

En règle générale, on peut admettre que la *tuméfaction des ganglions* de l'aisselle survient en même temps que l'envahissement de la peau ou la suit de très près. J'ai à peine besoin de vous faire remarquer l'importance pratique de cette notion. Toutes les fois que la peau sera prise, on soupçonnera qu'il y a dans l'aisselle des ganglions apparents ou cachés, et l'on devra apporter à leur recherche les soins les plus minutieux. Le fait seul de l'altération de la peau autorise à prolonger l'incision jusqu'à l'aisselle, pour procéder à une exploration directe. L'adhérence aux muscles et à la paroi thoracique ne vient qu'au troisième rang, par ordre de date, dans l'évolution du cancer du sein. L'ulcération de la peau est le dernier terme de cette série d'accidents locaux.

En somme, et pour résumer d'un seul mot les indications qui précèdent, nous voyons que vers la fin de la première année ou au commencement de la seconde, la peau est prise et les ganglions de l'aisselle tuméfiés. Six mois plus tard, la tumeur devient adhérente au thorax, puis elle