

dans la production du cancer, et dans l'accroissement rapide de son développement, s'il est actuellement déclaré.

Malheureusement, en ce qui regarde l'opération pour l'ablation du cancer du sein, les méthodes opératoires durant ces dernières années passées ont été tellement multipliées et modifiées, qu'elles sont maintenant tout à fait différentes de ce qu'elles étaient il y a dix ans. Nous reconnaissons qu'à part la nécessité ou la possibilité de fermer la plaie, toute la glande mammaire doit être sacrifiée ainsi que tous les tissus jusqu'à une distance considérable au delà de la zone qui nous paraît affectée. Car il n'y a aucun doute que l'infiltration s'étend toujours beaucoup plus loin que nous ne pouvons la constater, soit par la vue, soit par le toucher. Les tissus doivent être enlevés profondément jusqu'à la paroi inférieure du thorax, comprenant l'aponévrose du pectoral, et s'il est nécessaire une partie ou la totalité des deux muscles pectoraux en dehors de toutes considérations de l'utilité subséquente du bras (et il est surprenant de constater combien peu ces dissections étendues nuisent aux fonctions du bras. Dans tous les cas, la totalité des ganglions lymphatiques axillaires, ainsi que tout le tissu cellulaire doivent être enlevés. On doit se demander s'il est possible ou non avant l'opération de reconnaître si les ganglions sont infiltrés. Parlant de mémoire seulement, je ne crois pas avoir enlevé un carcinome du sein et disséqué l'espace axillaire sans y avoir trouvé des ganglions cancéreux, quoiqu'il fut impossible dans bien des cas de les découvrir avant l'opération. L'opération minimum pour enlever un cancer du sein doit être en conséquence d'enlever la mamelle en masse ainsi qu'une large bande de tissu sain, comprenant l'aponévrose du pectoral, et au dessous de ces muscles tous les tissus jusqu'au parois de la poitrine, tous les lymphatiques, le tissu cellulaire de l'aisselle, et tous les tissus compris entre la masse cancéreuse et la partie inférieure de l'aisselle. Dans un grand nombre de cas, ceci est suffisant, mais il y en a beaucoup d'autres dans lesquels il faut aller plus loin si l'on veut enlever tout ce qui est malade, car quelquefois le mal a envahi les ganglions situés sous les muscles pectoraux et même jusqu'à l'espace supra-claviculaire. Dans ces cas avancés nous sommes quelque fois obligés après une dissection étendue de terminer l'opération, ou plutôt de renoncer à continuer l'opération avec la certitude qu'après avoir disséqué le tissu cancéreux jusqu'à un pouce de distance ou plus de l'artère et de la veine axillaire qui sont en relation anatomique intime avec lui, on trouverait les parois de ces vaisseaux envahis par le cancer. Il m'est souvent arrivé en me trouvant placé dans une telle position, de me demander si après avoir tant fait je devais en rester là ; si, dans de telles circonstances et dans des conditions favorables, il ne valait pas mieux enlever toute l'extrémité supérieure, suivant la méthode employée dans le sarcome du col de l'humérus, ou du scapula. Cette opération, quand elle est faite d'après le procédé connu sous le nom de Paul Berger, ne donne presque pas de sang, ne produit pas de choc opératoire et est facile à exécuter. Elle a l'avantage par-dessus tout d'enlever d'un seul coup tous les tissus qui ont été envahis par extension venant des ganglions axillaires et d'être la seule opération qui puisse conduire à ce résultat. Sans doute, quand les ganglions du médiastins sont