

Recherchez ensuite les connexions de la tumeur avec les parties profondes. Au début, elle glisse facilement sur le grand pectoral et ne présente avec ce muscle aucune adhérence, mais elle ne tarde pas à en contracter. Pour vous en assurer, exécutez la manœuvre suivante : saisissez la tumeur à pleine main et imprimez-lui des mouvements pendant que le muscle est au repos ; elle est alors très mobile. Ordonnez à la malade d'appuyer fortement la main sur un objet fixe, une table, par exemple, et continuez

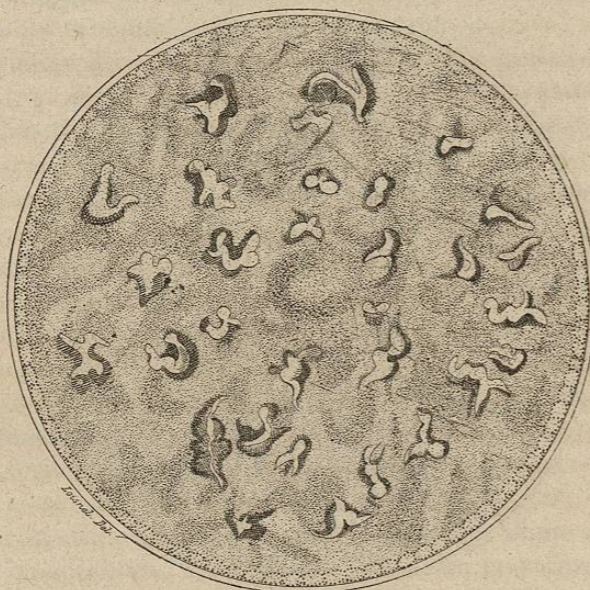


Fig. 87. — Carcinome diffus du sein ; carcinome en masse (schéma).

de mobiliser la tumeur : si elle adhère au muscle, elle cesse d'être mobile comme le muscle lui-même, et vous constatez son degré d'adhérence à la somme de mouvements dont elle jouit encore.

Si la tumeur est fixe, même pendant le relâchement du muscle, c'est qu'elle adhère aux côtes.

Recherchez enfin l'état du système lymphatique.

C'est un des caractères essentiels du cancer de se propager rapidement aux ganglions de l'aisselle. Explorez non seulement cette cavité, mais encore les creux sus et sous-claviculaires. Comparez-les avec ceux du côté sain : s'ils sont moins profonds, même quand vous n'arriveriez pas à sentir de ganglions au toucher,

concluez à l'envahissement du système lymphatique jusqu'à leur niveau.

La recherche des ganglions dans l'aisselle est entourée d'une certaine difficulté. Lorsqu'ils sont volumineux et durs, il suffit d'y porter la main pour les trouver, mais, s'ils sont petits, on en peut facilement méconnaître la présence, et rien n'est plus commun que de constater à cet égard une contradiction entre plusieurs observateurs, surtout si la femme est chargée d'embonpoint.

Rappelez-vous que les ganglions occupent la paroi interne de l'aisselle et reposent sur le grand dentelé, dans la rainure que forme avec ce muscle le bord inférieur du grand pectoral. Donc pour les rechercher il faut porter les doigts à plat sur les côtes ; explorez l'aisselle gauche avec la main droite et l'aisselle droite avec la main gauche.

Les ganglions se présentent sous plusieurs états : ils sont isolés, mobiles, ou bien ils forment une masse agglomérée et adhérente, circonstance fort importante à déterminer au point de vue opératoire, car l'adhérence existe souvent avec la veine axillaire. Dans ces deux cas ils constituent en général une tumeur nettement limitée, mais peuvent aussi affecter la même forme que le cancer diffus : on trouve alors sur la paroi interne de l'aisselle une masse indurée, étalée, se continuant avec une traînée de même nature qui la rattache à la glande. Cette disposition, qui peut passer plus facilement inaperçue que la précédente, m'a paru se rencontrer de préférence dans la forme de cancer diffus rameux représentée par le schéma 86, celle où j'ai signalé dans la peau la présence de varices lymphatiques. Les vaisseaux plus encore que les ganglions paraissent dans cette forme être gorgés de tissu cancéreux.

A une période plus avancée de la maladie, la tumeur se présente sous un aspect différent : les signes précédents sont encore plus accentués et il s'en joint un autre, l'ulcération. D'abord très petite et superficielle, l'ulcération gagne de proche en proche en largeur et en profondeur et détermine des hémorragies qui hâtent l'arrivée de la dernière période, ou période cachectique.

A ce moment vous constatez ordinairement une tumeur ulcérée adhérente au grand pectoral, adhérente aux côtes. Autour de la tumeur sont parfois disséminés des noyaux ou des plaques dures débordant la ligne médiane et faisant sur la poitrine l'effet d'une cuirasse. La chaîne ganglionnaire est envahie jusque dans le cou.



L'état général, resté bon pendant assez longtemps, s'est profondément altéré: la malade éprouve de violentes douleurs; elle a maigri, jauni, perdu ses forces. De plus, par suite de la compression des vaisseaux et nerfs de l'aisselle, le bras se tuméfie, s'engourdit, devient douloureux et impuissant.

Il n'est pas rare à cette période de voir survenir des fractures spontanées compliquant encore ce long martyre.

Si le diagnostic de cancer s'impose lorsque la maladie est parvenue à une époque avancée de son évolution, il n'en est pas toujours de même au début. Le praticien peut éprouver de réelles difficultés à distinguer une tumeur néoplasique d'une tumeur purement inflammatoire, et il est à peine besoin de faire ressortir toute l'importance de cette distinction, puisque la première présente une gravité extrême, exige souvent une pénible opération, tandis que la seconde est insignifiante et disparaît seule.

Supposez en effet un lobiule de la glande enflammé (il s'agit d'une inflammation chronique et non de celle qui succède à l'allaitement ou à l'accouchement), vous constatez dans le sein une petite tumeur, ferme, douloureuse spontanément et à la pression et en connexion avec les lobules voisins. Ne sont-ce pas les caractères que nous avons attribués au cancer du sein à son début? C'est en effet seulement avec le cancer qu'elle pourrait être confondue et non avec les tumeurs encapsulées, car jamais une tumeur inflammatoire ne saurait être séparée du reste de la glande par une capsule. Dans le cas que nous supposons d'une inflammation limitée à un lobule ou à un lobe de la glande, c'est donc avec le cancer *circonscrit* que la confusion est possible. J'ai observé un certain nombre de fois, et beaucoup de praticiens ont sans doute observé comme moi, des femmes pour lesquelles une opération était décidée alors qu'il s'agissait seulement d'une tumeur inflammatoire, ce que l'avenir justifiait.

Je voyais dernièrement une femme opérée il y a une quinzaine d'années pour un prétendu cancer de chaque sein et dont la santé n'a jamais cessé d'être des plus florissantes: je n'ai pu m'empêcher de songer aux cas dont j'ai été témoin, guéris sans opération.

Tout à fait au début de la maladie, il peut y avoir de l'hésitation: toutefois ne diagnostiquez jamais un cancer du sein avant d'avoir constaté l'adhérence de la peau, le capitonnage dont j'ai parlé plus haut. Ce signe est pathognomonique et manque

toujours dans la tumeur inflammatoire: or vous savez qu'il survient rapidement dans le cancer.

Dans le cancer il n'existe qu'un seul noyau induré au milieu de la glande; dans la mammitte chronique on en trouve souvent plusieurs.

Le cancer ne débute jamais à la fois dans les deux seins; si le second sein est parfois envahi, c'est vers la fin de la maladie. — Il n'est pas rare de rencontrer dans chaque sein des noyaux inflammatoires.

Si la malade vous dit: Cette tumeur oscille dans son volume, elle change même de place — tenez le plus grand compte de ces caractères et assurez-vous de leur réalité, car ils sont la preuve qu'il s'agit d'une induration inflammatoire.

La mammitte chronique peut donner lieu à un engorgement des ganglions de l'aisselle, et l'on conçoit que ce signe jette plus de trouble encore dans l'esprit du praticien — mais, dans le cancer, les ganglions lymphatiques ne sont pas envahis dès le début de l'affection, et, lorsque l'adénopathie se développe, il existe déjà des adhérences à la peau.

En résumé, lorsque vous constatez dans le sein l'existence d'une tumeur non encapsulée — (attachez-vous à bien déterminer ce dernier caractère qui vous permet d'éliminer l'adéno-sarcome), n'adhérant pas à la peau, ne s'accompagnant d'aucune altération du côté du mamelon, suspendez votre diagnostic et n'opérez pas. La présence des ganglions engorgés dans l'aisselle à cette période serait plutôt une preuve en faveur de la tumeur inflammatoire. Si plusieurs tumeurs de même nature se développent dans le même sein, s'il en existe dans l'autre sein, si vous constatez des oscillations évidentes dans leur volume (ce qui coïncide le plus souvent avec l'époque menstruelle), prononcez-vous pour une mammitte chronique.

Une mammitte chronique généralisée à toute la glande pourrait être confondue au début avec la forme *diffuse* du cancer, d'autant plus que la peau a perdu dans les deux cas une grande partie de sa mobilité et que, dans les deux cas aussi, on peut constater l'aspect d'une peau d'orange. Ce dernier signe ne doit donc pas être considéré comme pathognomonique d'un cancer du sein. Le diagnostic différentiel est parfois si difficile que j'ai vu des praticiens de grande valeur différer d'opinion à cet égard. Il faut donc attendre pour se prononcer, ce qui n'a d'ailleurs aucun inconvé-



nient, à mon sens du moins, au point de vue du traitement, ainsi que nous le verrons dans un instant. Un peu plus tard, la dureté pierreuse de la tumeur, les bosselures apparaissant à sa surface, les grains de cancer semés à distance dans l'épaisseur de la peau, la rétraction du mamelon et l'apparition rapide dans toute la hauteur de l'aisselle de ganglions durs et adhérents, ne laisseraient aucun doute sur la nature néoplasique de l'affection.

Ainsi donc la femme que vous avez devant vous est atteinte d'un cancer du sein. Quel traitement allez-vous conseiller?

Nous admettons d'abord que jusqu'à présent toute médication interne ou externe est impuissante à guérir un cancer avéré; espérons qu'un heureux hasard mettra plus tard l'humanité en possession d'un spécifique contre cette terrible affection, mais le quinquina du cancer n'est pas encore trouvé.

C'est donc toujours à l'ablation qu'il convient de recourir quand on se propose de tenter une cure radicale.

Une cure radicale! peut-on l'obtenir, même au prix d'une opération?

Des exemples malheureusement trop fréquents nous démontrent journellement le contraire. Cependant, sans être partisan de la théorie qui fait du cancer une affection microbienne toujours locale primitivement; tout en admettant une disposition spéciale, une diathèse qu'il serait puéril de contester, je pense qu'il y a un intérêt réel pour les malades à être débarrassés de leur affection; je pense qu'une opération bien complète, faite en temps opportun, donne des chances sérieuses de survie, sans oser dire toutefois qu'elle mette à l'abri de la récurrence locale ou de la généralisation.

Il faut donc opérer les cancers du sein. Mais faut-il les opérer tous?

Non certainement.

Pour certains cas, il ne saurait y avoir doute. Le cancer, par exemple, ne consiste plus guère qu'en une vaste ulcération; il a détruit les parties molles du thorax, il adhère aux côtes, etc.: contentez-vous alors des moyens palliatifs les plus puissants.

Que dans un but palliatif vous enleviez, à la rigueur, un noyau cancéreux bien isolé, lorsqu'une ulcération fournit constamment du sang et occasionne de vives douleurs, vous rendrez encore service à la malade, mais ce sont là des cas exceptionnels.

Règle générale: on ne doit opérer un cancer du sein que si toutes les parties atteintes peuvent être enlevées.

En vertu de ce précepte, lorsque le cancer, quoique non ulcéré, atteint non seulement les glandes, mais est disséminé sur divers points du thorax; lorsque toute la chaîne ganglionnaire est envahie jusqu'à la racine du cou, l'abstention est de droit et il ne saurait y avoir de désaccord à ce sujet.

Il existe donc des cas dans lesquels le chirurgien ne doit pas opérer.

Je suppose un cancer opérable: les limites du néoplasme sont accessibles et il semble même possible de les dépasser.

C'est ici que commence la difficulté. La forme du cancer doit, à mon avis, peser d'un grand poids sur votre détermination. Si le cancer appartient à la forme circonscrite, avec ou sans ganglions dans l'aisselle, n'hésitez pas, conseillez l'opération, mais, s'il revêt la forme diffuse et surtout la forme diffuse en masse, ne la conseillez pas. J'ai acquis la conviction profonde, basée sur de bien nombreux exemples, que l'opération est dans ces cas plus nuisible qu'utile à la malade. La tumeur paraît limitée, mais, en somme, elle ne l'est pas, et rien ne vous indique jusqu'où doit porter votre incision. Aussi assiste-t-on presque toujours alors au spectacle lamentable d'une récurrence survenant dans la plaie, avant même que celle-ci soit cicatrisée, et le néoplasme en revêt une marche plus rapide. Vous prenez une femme présentant encore toutes les apparences de la santé, dont personne même peut-être ne soupçonne la maladie; vous l'opérez et, loin de lui rendre service, vous lui portez préjudice, car jamais elle ne recouvrera l'état de santé relatif qu'elle possédait auparavant, et vous aurez certainement abrégé ses jours.

Non seulement une opération pratiquée dans ces conditions est nuisible à la malade, elle l'est encore à la famille. Est-il donc indifférent pour les enfants qu'il soit de notoriété publique que leur mère a été opérée d'un cancer du sein? Non: par suite il est irrationnel de conseiller une opération, désavantageuse pour la malade et dont la famille subit les conséquences de toute sorte.

La conduite du praticien serait des plus simples, si les choses se dessinaient toujours avec une netteté parfaite, mais il n'en est pas ainsi dans la clinique, où l'on rencontre souvent les cas intermédiaires. Ce qui rend encore la situation du chirurgien plus délicate et exige de sa part une attention extrême, c'est l'état



moral des malades, dont il est indispensable de tenir compte. Trop heureux lorsqu'atteinte d'un cancer diffus du sein la malade commence par vous déclarer de la façon la plus nette qu'elle n'acceptera pas d'opération; abondez dans ce sens. Mais, si au contraire la malheureuse désire être opérée, si le refus d'une opération de votre part est dans sa pensée un arrêt de mort; si cette idée l'obsède à chaque instant et lui rend la vie insupportable, comment ne pas prendre en commisération un tel état d'esprit! Il est des cas tellement inopérables, qu'il faut refuser quand même, mais on conçoit que l'on se décide, bien qu'à contre-cœur, lorsqu'il se présente encore quelques chances favorables.

Voici comment il faut pratiquer l'ablation des cancers du sein.

Les préceptes généraux se résument en ceci : Enlevez le plus largement possible toutes les parties suspectes; ne laissez dans la plaie aucune portion de glande, même saine.

Cernez la tumeur par deux incisions horizontales en commençant par l'inférieure; pénétrez rapidement jusqu'au grand pectoral; détachez la tumeur de haut en bas en la faisant basculer, en entraînant les fibres musculaires qui pourraient être adhérentes. Appliquez les pinces hémostatiques nécessaires.

Si vous avez constaté la présence de ganglions dans l'aisselle, prolongez l'incision vers cette cavité en suivant le bord inférieur du grand pectoral et divisez les parties molles jusqu'à ce que vous soyez arrivé sur les ganglions. — Quittez alors le bistouri et servez-vous des doigts. — Énuclétez tous les ganglions envahis: en agissant de la sorte, vous assurez mieux l'hémostase et vous entraînez les vaisseaux lymphatiques afférents ou efférents en même temps que le ganglion.

Si vous aviez le malheur de déchirer la veine axillaire, mettez un fil au-dessus et au-dessous.

Revenez ensuite à la plaie principale; recherchez s'il ne reste pas à la face profonde de la peau des portions de glande saine, et détachez-les avec des ciseaux.

Faites l'hémostase définitive; lavez à la solution phéniquée forte; drainez l'aisselle et la plaie principale; réunissez par première intention, même lorsque les bords de la plaie sont très écartés l'un de l'autre, et ne craignez pas d'exercer une certaine traction pour les affronter; suturez avec du crin de Florence ou du catgut

Vous obtiendrez presque toujours la réunion immédiate de la peau et des neuf dixièmes de la plaie.

Pansement de Lister, et compression avec un bandage de corps en flanelle. Comprimez énergiquement, afin d'éviter l'écoulement sanguin.

Diminuez cette compression après quelques heures, si elle gênait la respiration.

Laissez le pansement en place pendant trois ou quatre jours, à moins que les pièces ne soient tachées de sang. Enlevez les sutures vers le cinquième ou le sixième jour. Otez le drain pour le nettoyer; raccourcissez-le de moitié et l'introduisez à nouveau, après y avoir mis un fil pour l'empêcher de disparaître dans la plaie.

Pansez de nouveau après deux ou trois jours. S'il ne s'est écoulé par le drain que très peu de liquide, supprimez-le définitivement; dans le cas contraire, n'en laissez dans la plaie qu'un ou deux centimètres. La guérison est en général complète du deuxième au quinzième jour.

Chaque chirurgien apporte, sans doute, des modifications personnelles dans la pratique des opérations et du pansement; il faut d'ailleurs remplir les indications spéciales, s'il s'en présente. Je puis toutefois affirmer au praticien que, s'il suit fidèlement les règles précédentes, il obtiendra certainement des résultats remarquables.

Revenons maintenant à notre seconde hypothèse.

La malade que nous examinons est atteinte d'une tumeur du sein; cette tumeur est solide et de plus elle est mobile sur la glande; elle en est séparée par une capsule d'enveloppe; la tumeur, en un mot, est encapsulée. Elle appartient donc aux tumeurs relativement bénignes du sein, au *groupe des adéno-sarcomes*.

Il est donc de la plus haute importance de savoir si la tumeur est encapsulée, parce que vous éliminez de la sorte et le cancer et la mammite chronique. C'est à sa mobilité qu'on le reconnaît et à l'absence de continuité avec les granulations glandulaires du voisinage. La tumeur roule, se déplace, pivote sur elle-même et fuit sous le doigt comme un noyau de fruit. On arrive assez rapidement en clinique à percevoir ces caractères; toutefois il faut se garder de confondre (et c'est la seule difficulté) la mobilité en masse de la mamelle sur le grand pectoral avec la mobilité partielle de la tumeur sur la glande.



Je suppose que la tumeur présente le volume d'un œuf de poule; elle est arrondie, lisse, très régulière et presque toujours indolente; la peau qui la recouvre est saine, n'offre pas la moindre adhérence; le mamelon n'est pas rétracté; l'aisselle est libre.

De plus, vous apprenez de la malade que cette tumeur est de date ancienne: il y a six, sept, huit ans, qu'elle s'est aperçue d'une petite boule qui roulait dans le sein.

Cliniquement, cette tumeur est donc très nettement définie; elle ne ressemble en rien au cancer.

En est-il de même au point de vue histologique?

Est-ce un adénome, un fibrome, un sarcome, un myxome, même un épithéliome? On ne peut le savoir; c'est seulement après l'ablation de la tumeur que le microscope se prononcera, et encore nous apprend-il souvent qu'elle est mixte et composée de divers tissus. La clinique est encore à cet égard pleinement d'accord avec l'histologie. Voici en effet comment les phénomènes évoluent dans la très grande majorité des cas.

Cette tumeur restée pendant de longues années presque silencieuse, et qui paraissait bien n'être qu'un adénome simple, cette tumeur, dis-je, prend tout à coup un accroissement rapide. Elle était lisse et régulière; — elle devient inégale et bosselée. Elle avait une consistance rénitente, élastique, égale dans tous les points; — elle reste ferme par places, mais devient molle et fluctuante dans d'autres. La peau avait conservé sa couleur et son épaisseur normales; — elle rougit et s'amincit, sans toutefois jamais présenter les adhérences propres au cancer. Le mamelon était normal; — il ne se rétracte pas, il est vrai, comme dans le cancer, mais il s'étale sous l'influence de la distension de la peau. La tumeur était à peu près indolente; — elle est devenue douloureuse. Cependant elle conserve toujours deux de ses caractères primitifs: elle est libre sur les parties profondes, complètement mobile, et les ganglions de l'aisselle sont intacts.

Que s'est-il donc passé? La tumeur qui, pendant tant d'années, s'était comportée comme un adénome simple, a subi la transformation sarcomateuse et dès lors s'est rapidement développée. Elle s'est creusée de kystes plus ou moins vastes, et constitue, dès lors, l'affection connue sous le nom de *sarcome kystique de la mamelle*.

Arrivée à cette période de son évolution, la tumeur ne s'arrête plus dans sa marche. Elle atteint parfois un volume énorme et peut peser six ou sept kilogrammes.

Jusqu'alors la santé générale des malades était restée remarquablement bonne. Cependant la peau s'amincit de plus en plus et finit par s'ulcérer. De grosses masses bourgeonnantes, grisâtres, sanieuses, s'échappent alors au dehors, tombent souvent d'elles-mêmes comme un fruit mûr (à ce point qu'on a observé des cas de guérison spontanée par ce mécanisme), et il survient de fréquentes hémorragies. A partir de ce moment, la santé générale s'altère et la malade ne tarde pas à succomber dans un état cachectique.

J'ai déjà dit plus haut que Velpeau donnait à ces gros sarcomes le nom de cancer encéphaloïde, mais bien à tort, car ces deux genres de tumeur, cancer et sarcome, ne présentent pas un seul caractère, je ne dis pas seulement histologique, mais même clinique, qui leur soit commun.

La confusion étant encore faite de nos jours par un grand nombre de praticiens, même par des praticiens de renom, j'ai cru utile de résumer sous forme de parallèle les signes qui différencient le cancer du cysto-sarcome du sein.

Ces signes différentiels portent: sur la marche et le mode de développement; la configuration extérieure; l'état de la peau; l'état du mamelon; l'aspect de l'ulcération; la consistance de la tumeur; ses connexions avec la glande mammaire; ses connexions avec les parties sous-jacentes; le retentissement sur le système lymphatique; le mode de récurrence; l'influence sur la santé générale; les symptômes physiologiques.

*Marche et mode de développement.* — Le sarcome marche beaucoup plus lentement que le carcinome, surtout au début. Il peut rester stationnaire un grand nombre d'années. J'ai eu l'occasion d'opérer un sarcome énorme pour lequel Nélaton avait été consulté vingt-cinq ans auparavant, ainsi qu'en témoignait une consultation écrite conservée par la malade. Par contre, lorsque le sarcome se met à grossir, il marche plus vite que le carcinome, grâce surtout aux cavités kystiques qui se développent dans son intérieur.

*Configuration extérieure.* — Elle comprend la forme et le volume. Le sarcome confirmé du sein est inégal, bosselé à sa surface; ce ne sont pas de petites inégalités comme dans le carcinome, mais bien de grosses bosselures du volume d'un œuf de poule et dépassant même ce volume. La masse entière se détache en quelque sorte du thorax: elle est comme pédiculée, ce qui n'a



pas lieu dans le carcinome, qui est plutôt plaqué sur la poitrine (fig. 88 et 89).

Le sarcome peut atteindre un volume énorme, peser six ou sept kilogrammes et même davantage; jamais le carcinome n'atteint ce volume.

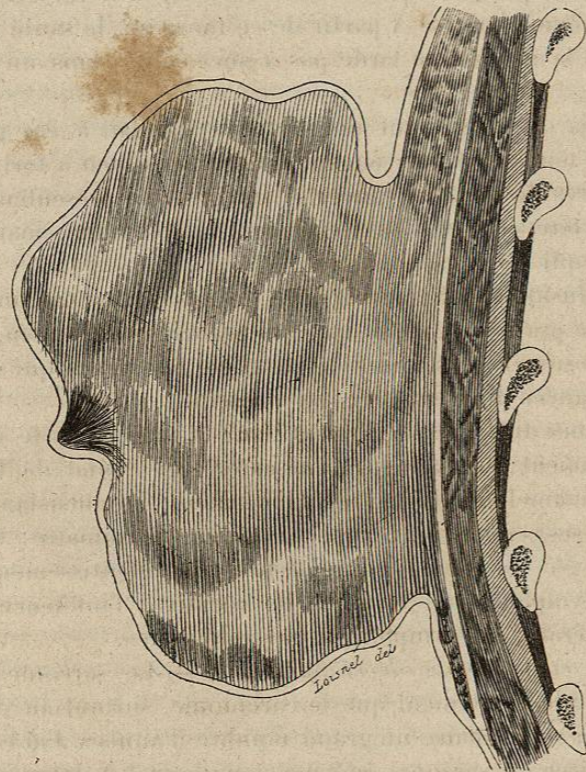


Fig. 88. — Schéma représentant la configuration extérieure d'un cysto-sarcome du sein.

*État de la peau.* — Dans le carcinome, la peau devient rapidement adhérente par sa face profonde; dans le sarcome l'adhérence est tardive.

De plus, quand l'adhérence existe, elle affecte des caractères tout à fait différents dans le sarcome et le carcinome :

Dans le carcinome, ce sont des tractus qui partent de la tumeur et vont dans le derme. Quand on plisse la peau, ces tractus donnent naissance au signe appelé peau d'orange. Dans le sarcome,

la production morbide se rapprochant du tégument l'amincit peu à peu et s'y accole, absolument comme le fait un abcès froid qui tend à s'ouvrir au dehors.

Dans le sarcome, la peau est distendue, repoussée; dans le carcinome, elle est rétractée, attirée en dedans, le sein paraît comme capitonné.

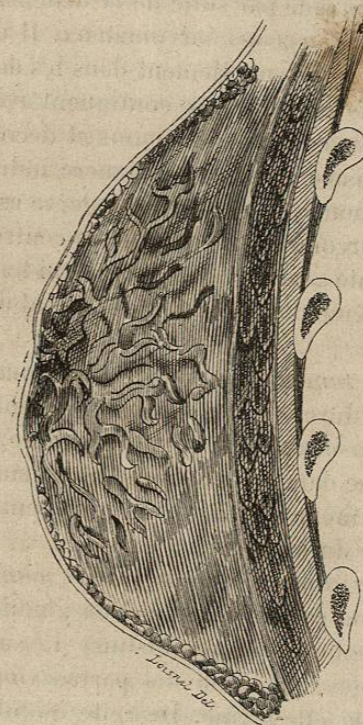


Fig. 89. — Schéma représentant la configuration extérieure d'un carcinome du sein.

Dans le sarcome, le tégument est souvent sillonné de grosses veines, de véritables sinus que déprime la pulpe du doigt. Dans le carcinome, on ne rencontre pas de ces gros vaisseaux, mais on voit parfois des traînées blanches, comme lactescentes, qui ne seraient autre chose, pour M. L. Labbé, que des varices lymphatiques.

La peau qui recouvre le sarcome est souvent brillante, luisante, violacée. Elle n'a jamais cette teinte dans le carcinome.

*État du mamelon.* — Dans le carcinome, le mamelon se rétracte en général très vite, le bout du sein rentre, est absorbé en