

La poche est d'ailleurs très richement vascularisée.

*b. Contenu.* Le pus est formé presque exclusivement par des leucocytes polynucléaires. Il ne contient pas de microbes à l'examen direct.

Les grains verts sont formés d'amas leucocytaires et de cristaux de taurine.

Les cultures de ce pus n'ont rien donné.

En somme cette poche n'est ni un abcès froid, ni un kyste hydatique.

Par exclusion, on arrive à conclure, en l'absence de tout élément caractéristique, qu'il s'agit d'un kyste mucoïde, suppuré, et dont l'épithélium aurait entièrement disparu.

## IV

## LES EXÉRÈSES LARGES

## ET L'AUTOPLASTIE DU SEIN

- I. Cancer étendu du sein : contraste avec un volumineux sarcome. Nécessité pour le cancer, d'une large exérèse comprenant la peau, les muscles, les ganglions. Influence de l'ablation des pectoraux sur l'amélioration des statistiques.
- II. Utilité de l'autoplastie pour fermer la plaie. Procédés divers. Procédé personnel d'autoplastie par glissement du sein. Sa technique.
- III. Ses avantages; ses inconvénients; ses résultats.

MESSIEURS,

Deux conditions suffisent à assurer à l'opération du cancer du sein la plus grande efficacité possible : c'est la précocité de l'intervention et la largeur de l'exérèse. Intervenir de bonne heure, opérer alors que la tumeur est de petit volume, sans ganglions, sans adhérences, opérer alors que la malignité ne s'est encore révélée par aucun de ces signes de certitude, qui ne sont déjà que des propagations, voilà l'idéal. Mais aussi opérer largement, dépasser de beaucoup les limites du mal, faire une ablation excessive, voilà une seconde condition également nécessaire, pour que vos opérées restent longtemps sans récidive et jouissent pendant des années de cette indemnité prolongée, qui serait une guérison s'il ne s'agissait d'un cancer.

L'opération que je vais pratiquer ce matin ne pourra que difficilement réunir ces conditions : précoce, elle ne le sera pas, car la tumeur date de dix-huit mois ; excessive, elle le sera moins encore, car j'aurai beaucoup de peine à dépasser les limites des parties atteintes.

## I

C'est un cancer du sein droit, un cancer malheureusement très étendu qu'elle nous présente, cette malade de quarante-huit ans, qui est entrée, il y a trois jours, à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, n° 20.

Depuis dix-huit mois, cette femme avait remarqué dans son sein un

noyau indolent et mobile. Elle se garda bien d'en parler. Elle n'en parla pas davantage, lorsqu'elle vit quelques mois plus tard la tumeur augmenter sensiblement de volume. Instruite, mais non convaincue par l'exemple des autres, elle craignait d'être opérée, et chercha dans les conseils imprudents et dans les remèdes inutiles une consolation fragile à ses légitimes inquiétudes. Ce fut inutile : la tumeur progressa, la peau devenait noire à sa surface, des glandes apparaissaient sous le bras. Et il fallut enfin, mais un peu tard, se soumettre à cette solution dont ses efforts impuissants n'avaient pu malheureusement que retarder la fatale échéance.

Le sein droit est énorme ; une grosse tumeur soulève la peau de ses bosselures irrégulières ; elle est surtout développée en dehors du mamelon. Mais tout le sein est pris ; à la glande s'est substituée une masse dure, ferme dans sa plus grande partie et ramollie seulement dans ces points où la peau est le plus soulevée. Le mamelon est rétracté et fait corps avec la tumeur ; la peau en dehors est de couleur sombre, violacée ; elle adhère à la tumeur ; de ce côté l'ulcération est imminente. Mais en dedans la peau est loin d'être libre, elle est partout capitonnée, ses enfoncements s'accroissent quand on cherche à la mobiliser avec les parties profondes. Et en deux points, sur les limites de la glande ou de la tumeur, en dedans du côté du sternum, et en haut du côté de la clavicule, deux petits noyaux, du volume d'une lentille, accusent dans ce tégument une induration certainement néoplasique.

Dans le fond, l'extension n'est pas moins manifeste : la tumeur fait corps avec la paroi thoracique, et quand on cherche à la déplacer sur les muscles contractés, elle perd cette apparente mobilité, que laisse toujours aux plus volumineuses tumeurs le relâchement des pectoraux.

Enfin dans l'aisselle, un volumineux paquet ganglionnaire fait une grosse saillie sur la paroi interne, et comment espérer que ces propagations lymphatiques ne se soient pas étendues au creux sus-claviculaire ? De ce côté cependant, je ne sens rien heureusement : il n'y a pas de masses, il n'y a même pas de petits ganglions appréciables. Cliniquement ils sont indemnes, je n'oserais affirmer qu'ils le sont anatomiquement.

Adhérence à la peau et aux parties profondes, rétraction du mamelon, peau d'orange, noyaux cutanés, propagation lymphatique : tout concorde ici pour rendre le diagnostic évident et le pronostic mauvais. C'est une tumeur épithéliale, c'est un cancer, que le temps et

l'inconsciente incurie d'une malade ont laissé poursuivre tranquillement le cours de son évolution envahissante.

Voyez au contraire combien était différente la tumeur que j'ai enlevée la semaine dernière à cette malade encore couchée au n° 13 bis de la même salle Notre-Dame.

Celle-ci est plus jeune, elle n'a que vingt-sept ans : elle n'avait jamais eu d'enfants ni de fausse couche, lorsqu'il y a trois mois le sein gauche commença à grossir. Il grossit de plus en plus et dans l'espace de quelques semaines avait doublé son volume, en même temps que sa consistance prenait une fermeté tout à fait insolite.

Lorsque la malade se présenta à nous, le sein gauche faisait sur le thorax une saillie considérable : il avait un volume double ou triple par rapport à celui du côté droit. Il est occupé tout entier par une tumeur dure, ferme, également résistante et élastique. De cette tumeur, la surface est à peu près régulière à part quelques petites bosselures. La peau qui la recouvre est soulevée, distendue, mais non envahie : elle se meut partout librement à la surface, et il n'est aucune adhérence de la tumeur et de la peau. Le mamelon n'est pas rétracté. Le sein glisse sur les parties profondes, avec lesquelles il n'a contracté aucune adhérence ; enfin l'aisselle ne présente pas de ganglions, ou du moins ceux que j'y rencontre ne présentent pas un volume beaucoup plus considérable que ceux du côté opposé.

Dans le sein droit, qui ne semble pas déformé ni malade, je trouve cependant un noyau du volume d'une noix ; il est indolent, mobile, assez mal circonscrit, sans adhérences superficielles, sans adhérences profondes.

Et après examen, je disais : à droite, fibro-adénome, et à gauche, sarcome.

Je disais sarcome, parce que la tumeur me paraissait absolument limitée et sans extension, elle était comme encapsulée, et ce n'est point le caractère du cancer, qui comme sur la malade d'aujourd'hui se répand, s'infiltré à tel point qu'en le palpant on ne peut pas dire toujours où la tumeur commence et où elle finit.

Je disais sarcome, parce que la tumeur avait cette consistance à la fois ferme et élastique, qui est le propre des tumeurs conjonctives ; le cancer est ou plus dur ou plus mou.

Je disais enfin sarcome, parce que la marche était rapide ; en trois mois la tumeur avait pris les proportions relativement énormes que nous lui voyions alors, et ce n'est pas là encore la marche du cancer.

Celui-ci évolue plus lentement et n'avance qu'à pas comptés. Il est, je le sais, des cancers à évolution rapide, on les dit « cancers aigus » ; ils sont doués d'une malignité plus grande, mais un cancer aigu qui aurait ce volume aurait déjà contracté des adhérences et formé des extensions dont je ne vois nulle part la trace ici.

La liberté de la peau, l'absence d'adhérences superficielles ou profondes, l'indemnité des ganglions, l'intégrité du mamelon, tout cela ne s'expliquerait pas avec un cancer qui aurait atteint ces grosses dimensions ; il y a donc entre nos deux tumeurs un contraste frappant et j'ai le droit d'affirmer que la seconde est un sarcome avec la même conviction qui nous oblige à dire que la première est un cancer.

Quant à la tumeur du côté droit, quelle était-elle chez cette malade ? Quelle était sa nature ? La femme était jeune, la tumeur sans propagations, sans adhérences : elle était limitée, comme encapsulée, de petit volume et sans tendance actuelle à l'accroissement. Ce sont là les caractères d'une tumeur bénigne et de nature conjonctive : c'était un de ces fibro-adénomes dont le sein nous montre souvent des exemples, et qui sont susceptibles ou de rester tels ou de se transformer en une autre tumeur. Nées d'une inflammation atténuée, dont la mammite est le premier degré, ces tumeurs, en effet, peuvent évoluer dans deux sens différents : suivant que l'un ou l'autre de leurs éléments l'emporte sur le tissu adjacent, vous les verrez quand elles évoluent subir des transformations du type épithélial ou du type conjonctif. Ainsi parfois un fibro-adémone se transforme en cancer, voilà l'évolution épithéliale.

D'autres fois c'est un sarcome qui se substitue à la tumeur première, lorsque l'évolution conjonctive l'emporte. Et je ne serais pas étonné que le sarcome dont je vous parle ne soit un exemple de ces transformations tardives : je pense que depuis un certain temps, cette malade avait dans le sein gauche une petite tumeur analogue à celle qu'elle présente aujourd'hui à droite ; elle était passée inaperçue et n'attira l'attention que le jour où la transformation de sa texture vint donner à cette tumeur une nouvelle impulsion.

J'ai opéré cette malade la semaine dernière ; l'opération et plus tard l'examen histologique ont confirmé mes prévisions. La tumeur de gauche était un sarcome, je l'ai enlevée complètement, ne gardant de la peau que ce qui était nécessaire pour couvrir et réunir la plaie ; j'ai fait par prudence le curage de l'aisselle, bien que la généralisation du sarcome ne se fasse pas en général par la voie lymphatique.

Quant à la tumeur du côté droit, confiant dans mon diagnostic de tumeur bénigne, je l'ai enlevée sans supprimer la glande mammaire ; je n'ai enlevé que la tumeur, et le microscope en nous montrant les lésions caractéristiques du fibro-adénome a légitimé ma conduite et nous donne de ce côté au moins grande confiance pour l'avenir.

En ce qui concerne le sarcome, je n'ai pas le droit d'être aussi tranquille : la récurrence est toujours possible, mais je ne puis cependant m'empêcher d'être plus confiant, plus rassuré pour cette malade que je ne le suis pour celle que j'ai à opérer ce matin. Ici les conditions sont beaucoup plus défavorables, les extensions multiples, et nous aurons beaucoup de peine, même par une opération très étendue, à empêcher pour plus tard une récurrence presque fatale.

Je vais amputer le sein : j'enlèverai toute la peau, je dépasserai largement les limites des points infiltrés. J'enlèverai d'un seul bloc la peau, la glande et les ganglions qui lui sont attachés. Il est indispensable d'éviter cette fragmentation, ce morcellement qui ouvre des vaisseaux au-devant du tissu cancéreux et dissémine les greffes dans une région d'où il s'agit précisément de les enlever. J'enlèverai également une grande partie de ces muscles, la portion sternale au moins. C'est là un facteur considérable du succès de nos opérations, et je m'en voudrais de n'y pas insister.

Il y a déjà longtemps, Messieurs, que les chirurgiens ont eu l'idée de rechercher dans l'ablation des pectoraux l'amélioration de leurs statistiques. Dès 1875, Volkman la recommandait ; quelques années plus tard, en 1889, Heidenhain<sup>1</sup> conseillait formellement d'enlever la partie superficielle du muscle avec son fascia, même lorsqu'il n'y a pas adhérence, et d'enlever la totalité du muscle, lorsque la tumeur lui adhère. Mais c'est surtout à Halsted<sup>2</sup> et à Willy Meyer<sup>3</sup> que nous devons d'avoir établi les bénéfices considérables qu'on a à retirer de l'ablation systématique des pectoraux. Halsted n'enlevait que la partie claviculaire qu'il relevait et le petit pectoral qu'il sectionnait ; Meyer allait bientôt plus loin : il prônait l'ablation complète des deux pectoraux, et Halsted s'est rallié plus tard à cette pratique.

Les recherches ultérieures n'ont fait que confirmer les avantages de ces larges exérèses musculaires.

D'après Jœrss, d'après Rotter, le muscle est une source importante de récurrence après l'amputation du sein : ils ont trouvé sur les

1. Heidenhain. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1889, B. XXXIX-98.

2. Halsted. *Ann. of Surg.*, 1894, t. XX, p. 496.

3. W. Meyer. *Mec. Rec.*, 1894, t. II, p. 476.

muscles conservés des noyaux de récurrence, dus à des infections lymphatiques, des noyaux larvés, latents et méconnus au cours de l'opération. Et la conclusion suivante se déduit de ces faits : si les muscles sont infectés, même quand ils paraissent sains, il faut les enlever toujours et dans tous les cas.

D'ailleurs, Messieurs, il me sera facile de trouver dans des chiffres la consécration de cette formule. Voulez-vous savoir ce que donne au point de vue des résultats éloignés l'ablation systématique des pectoraux ?

Consultez les documents si nombreux que mon collègue et ami Cestan, de Toulouse, a dernièrement publiés dans la *Gazette des hôpitaux*, et vous y trouverez des enseignements très concluants<sup>1</sup>. La fréquence des récurrences locales, évaluée en moyenne par Gross à 52,5 p. 100 pour les amputations du sein suivies de curage de l'aisselle, tombe à 25,9 p. 100, lorsque l'ablation des pectoraux a été ajoutée à l'évidement axillaire. Le même bénéfice se retrouve dans la proportion des guérisons constatées au delà de trois ans ; l'adjonction à l'amputation du sein du curage de l'aisselle avait élevé de 18 à 34 p. 100 la proportion des guérisons éloignées ; l'ablation des pectoraux élève à 43 p. 100 le nombre de ces guérisons prolongées. Et nous pouvons dire et retenir ceci : dans la chirurgie du cancer du sein, l'ablation systématique des pectoraux améliore les résultats éloignés autant que le curage de l'aisselle, par tous aujourd'hui pratiqué, les avait lui-même déjà modifiés. Et nous devons d'autant plus nous soumettre ici à cette nécessité d'une exérèse très étendue que la tumeur plus ancienne a plus librement étendu ses propagations.

Mais ce n'est pas tout d'enlever largement les parties malades ; il faut encore fermer la large plaie qui résulte de l'ablation de la tumeur.

Or ici je ne pense pas que la réunion soit possible, je serai donc obligé très probablement d'avoir recours à l'autoplastie. Mais qu'est-ce que l'autoplastie du sein ? pour couvrir la plaie où doit-on prendre son lambeau ?

## II

La réunion des plaies du sein fut longtemps discutée. Il vous semble peut-être qu'en le rappelant j'évoque un âge lointain ; c'est

1. Cestan. *L'amputation du sein cancéreux* (Gaz. des hôp., 1<sup>er</sup> juin 1901, n<sup>o</sup> 62, et 8 juin 1901, n<sup>o</sup> 63).

une erreur ; ma génération a connu ces incertitudes et ces hésitations. Mais aujourd'hui les plaidoyers de Velpeau et de Verneuil en faveur du pansement à plat ne troublent plus votre imagination, et la question est jugée. Toute plaie du sein, si large qu'elle soit, doit être suturée dans la mesure du possible.

Et en agissant ainsi, vous n'avez pas à craindre d'augmenter les chances de la récurrence, mais vous aurez la certitude d'assurer à vos malades un réel bénéfice après l'opération. Si la large plaie qui résulte de l'ablation d'un cancer étendu est laissée ouverte, elle exige un long temps pour se combler, des semaines, des mois même : pendant cette période, la récurrence a bien des chances de se produire, et la malade n'aura même pas eu cette illusion qui donne, sous une plaie réunie par première intention, l'apparence de la guérison. Du cancer à la plaie suppurante, de la plaie à la récurrence, il n'y a qu'une succession ininterrompue de misères légères ou graves ; on peut exiger et obtenir beaucoup mieux par une réunion immédiate.

La meilleure réunion, la plus simple, la plus facile est celle qui consiste à rapprocher l'un de l'autre les deux bords de la plaie, et à les suturer exactement. En tirant un peu, en tirant même beaucoup, on ferme ainsi des plaies très étendues : la traction n'est excessive qu'au début, le premier jour tout au plus. Dès le lendemain, les tissus semblent s'habituer à cette extension insolite, et le sphacèle fait défaut, la réunion s'effectue convenablement.

Mais il est des plaies si larges que le rapprochement des bords n'est plus possible : c'est alors qu'il faut s'ingénier à trouver un autre moyen de les combler. Nous avons pour cela les *greffes* et l'*autoplastie*.

Les *greffes* à la manière de Thiersch, les greffes avec des lanières dermo-épidermiques prises sur un autre point du corps, sur les membres inférieurs par exemple, rendent de grands services. Mais elles ont ici un inconvénient en quelque sorte local : elles n'ajoutent pas autre chose à la plaie qu'une surface épidermique, elles ne la recouvrent pas d'un tégument épais et résistant, la cicatrice reste fragile, peu solide et ce reproche me paraît très sérieux. Je préfère l'*autoplastie*.

Celle-ci est représentée par plusieurs procédés. Ainsi Tansini dissèque sur les téguments du dos un lambeau suffisant pour combler la perte de substance, un lambeau dont le pédicule correspond à l'angle de l'incision axillaire ; il le suture au pourtour de la plaie mammaire et réunit ensuite la plaie dorsale dont il mobilise les lèvres par deux incisions linéaires pratiquées en haut et en bas.