

avancé de la malade, Le Dentu pensa à la possibilité d'un néoplasme kystique et malin et conclut à l'extirpation. L'opération fut pratiquée par Richet et l'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un sarcome dont la récurrence emportait la malade quelques mois après.

Les seuls vrais kystes de la mamelle sont les *kystes hydatiques*, dont nous avons étudié précédemment le diagnostic.

Dans tous les autres cas, on devra s'enquérir des diverses circonstances qui auront accompagné le développement de la tumeur liquide pour la rattacher à sa cause originelle (maladie kystique de Reclus, adéno-fibrome, adéno-sarcome, épithéliome intra-canaliculaire, etc., kystiques).

Le diagnostic devient plus facile *lorsque la tumeur est ulcérée*. On n'hésitera qu'entre un *néoplasme*, une *gomme tuberculeuse* ou une *gomme syphilitique*.

Toutes ces affections se distinguent par les symptômes différentiels que nous avons énumérés avant l'ulcération. Celle-ci cependant présente quelques caractères spéciaux.

Dans la *tuberculose*, l'ulcération ne repose pas sur une tumeur et offre l'aspect des lésions bacillaires.

La *gomme syphilitique* simule à tel point le cancer ulcéré, qu'on lui a donné le nom de *cancer vérolique*. Elle ne s'en distingue que par ses bords décollés, plus régulièrement arrondis. L'ouverture survient généralement plus vite que dans le cancer, mais l'adénopathie est plus tardive.

L'*ulcération des adénoïdes* est caractérisée par des bords assez réguliers, non indurés, amincis et décollés. La peau est usée et non envahie.

Dans le *carcinome*, au contraire, les bords sont irréguliers, indurés, renversés au dehors, et la peau est infiltrée par le néoplasme. Le fond de l'ulcère est anfractueux plutôt que bourgeonnant, comme dans le sarcome.

En résumé, le diagnostic précis d'une tumeur du sein est quelquefois très difficile. Mais, ce qu'il importe de connaître, c'est la nature *bénigne* ou *maligne* de l'affection. Il y a des tumeurs qui procèdent par *envahissement*, d'autres par *refoulement*. Celles-ci sont *encapsulées*, celles-là ne le sont pas. On voit, en effet, des tumeurs adénoïdes qui se comportent comme des tumeurs malignes. Tel est l'adéno-sarcome qui, au début, offre tous les caractères d'une tumeur bénigne et qui, plus tard, évolue comme un cancer. D'autre part, une tumeur adéno-conjonctive, après des mois ou des années, peut perdre ses caractères de bénignité. Peu à peu, elle fait corps avec la glande, puis adhère à la peau, s'accompagne d'engorgement ganglionnaire et se comporte comme un carcinome.

Aussi, au point de vue pratique, considérons-nous, avec Pierre

Delbet, comme maligne, toute tumeur qui ne sera pas nettement mobile et encapsulée.

Le diagnostic de tumeur maligne étant établi, il importe de savoir *quelle est l'étendue des lésions*.

La peau est-elle adhérente à la tumeur? Celle-ci glisse-t-elle sur le grand pectoral? Adhère-t-elle aux côtes? N'existe-il que des ganglions axillaires? N'en rencontre-t-on pas déjà dans le creux sus-claviculaire et même dans le médiastin? N'y a-t-il pas des symptômes de compression ou d'envahissement des vaisseaux et des nerfs dans l'aisselle? Ne trouve-t-on pas enfin des signes de généralisation dans les poumons, les plèvres, le foie, le crâne, le rachis, etc.?

Ce sont là autant de questions dont dépendent le pronostic et le traitement.

TRAITEMENT DES TUMEURS DE LA GLANDE MAMMAIRE

Les tumeurs de la glande mammaire diffèrent tellement entre elles par leur marche et par leur pronostic, qu'on doit appliquer à chaque forme un traitement particulier.

Nous étudierons successivement le traitement: 1° De l'*hypertrophie mammaire* (tumeurs adéno-conjonctives diffuses); 2° des *adénoïdes* (tumeurs adéno-conjonctives circonscrites); 3° des *tumeurs épithéliales* (épithéliome et carcinome).

1° **Traitement de l'hypertrophie mammaire.** — Bien des méthodes, inspirées par les idées du moment, ont été préconisées tour à tour contre l'hypertrophie mammaire. Les anciens recommandaient les applications locales de plantes (myrte, menthe, etc.) cuites dans le vin ou le vinaigre, les onguents composés de céruse, de bol d'Arménie, etc. La saignée générale, au bras ou au pied, les sangsues au creux axillaire, les révulsifs à la peau, les dérivatifs intestinaux, furent tour à tour à la mode. Les partisans de l'origine scrofuleuse de l'hypertrophie eurent recours à l'iode, après les travaux de Lugol, tandis que Fingerhuth conseillait de provoquer artificiellement la sécrétion lactée.

L'état des mamelles est lié d'une façon si intime à celui de l'utérus, qu'on a pensé que le « coït et la gestation deviendraient un remède contre l'hypertrophie des seins » (Velpeau). De nombreuses observations ont démontré le contraire.

D'après Labarraque, comme l'hypertrophie ne reconnaît souvent pas d'autre cause que l'aménorrhée, on arrête l'état fluxionnaire du sein, ou du moins, on le modère, en rappelant le flux menstruel par tous les moyens adoptés en pareils cas: rubéfaction des membres inférieurs, application de sangsues à la partie supérieure et interne

des cuisses, etc. Borel (1), il y a plus d'un siècle, eut un succès par ce mode de traitement. C'est dans la première période de la maladie qu'il faut tâcher de régulariser la menstruation. En pareil cas, l'opothérapie ovarienne nous paraît logique. D'autres, au contraire, ont tenté contre l'hypertrophie mammaire, la castration ovarienne.

La compression des seins est également utile; on se servira de préférence de la bande de caoutchouc appliquée par-dessus un pansement ouaté. Au début, l'électricité pourrait rendre des services (P. Delbet).

A la deuxième période de l'hypertrophie mammaire, si tous ces moyens ont échoué, l'intervention sanglante est indiquée et les malades, gênés par le volume et par le poids de leurs mamelles, sont les premières à la réclamer. « L'opération devient une nécessité quand une malheureuse femme se trouve condamnée à un repos forcé ou quand elle est condamnée à succomber dans l'épuisement; à plus forte raison doit-on intervenir lorsque l'hypertrophie se complique d'inflammation ou de sphacèle (Alph. Robert) (2). »

Faut-il s'attaquer en même temps aux deux seins? D'après Labarraque, l'opération doit porter sur le plus volumineux. « Il y a, dit-il, deux raisons pour ne pas enlever à la fois les deux tumeurs: d'abord ces opérations sont longues et laborieuses, et certains auteurs, Hey, M. R. Marjolin et Alph. Robert, ont émis l'idée que l'opération pratiquée sur l'un des seins fait éprouver à l'autre un retrait considérable. » Or l'observation a démontré que le plus souvent cette influence est nulle; la mamelle laissée en place continue à se développer.

Aussi l'ablation simultanée des deux tumeurs est-elle légitime, toutes les fois que l'état général de la malade ne contre-indique pas une opération de longue durée.

Chez une jeune femme, dont les mamelles hypertrophiées descendaient jusque sur la face interne des cuisses, Pousson (de Bordeaux) (3) eut recours à une *mastopexie*. Par deux incisions en croissant, il enleva une tranche large comme la main, comprenant la peau et la graisse jusqu'à l'aponévrose pectorale. Par cette brèche, il aperçut la demi-circonférence supérieure de la glande et la fixa à la partie la plus élevée de cette aponévrose. Il termina par une suture intradermique. Après l'opération, la mamelle fut diminuée et relevée. Le résultat esthétique ne fut pas parfait, de l'aveu de l'auteur, mais

(1) Une jeune femme de vingt ans vit ses seins augmenter de volume au point d'atteindre le poids de 30 livres. Ses règles n'avaient pas encore apparues. P. Borel parvint à provoquer l'écoulement menstruel par différents moyens tels que: la saignée des malléoles, l'application de ventouses sur les membres inférieurs, les frictions sèches sur les seins, etc., la menstruation se rétablit et les mamelles diminuèrent de volume (PETRI BORELLI. *Historiarum et observationum Centurie IV*. Parisiis, 1757, cent. I, obs. 48).

(2) Alph. ROBERT, Rapport à l'Académie, sur l'observation de Bouyer, etc. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XVI, 1850-51).

(3) A. POUSSON. *Bullet. Soc. chirurg.*, 1897.

le résultat utile fut bon, puisque le sein, après l'intervention, n'était plus le siège de douleurs vives, comme avant.

2° **Traitement des adénoïdes.** — Cruveilhier, Andral, Bouillaud, etc., conseillaient l'abstention pour les tumeurs adénoïdes de volume moyen. Cette réserve est encore admise par beaucoup, et même des chirurgiens comme Forgues et Reclus écrivent qu'elle se justifie « quand il s'agit de malades jeunes, coquettes, réfractaires à l'idée de l'opération et de la disgracieuse cicatricielle ou de malades âgées ayant franchi la ménopause ». Ces auteurs ajoutent toutefois que l'abstention doit toujours demeurer conditionnelle, que la tumeur doit être tenue en expectation et qu'il « faut agir aux premiers signes de progrès rapides ».

Nous ne sommes pas partisans de cette abstention, même temporaire, et nous pensons volontiers, avec Tillaux, qu'en présence d'une tumeur encapsulée du sein, il faut toujours conseiller l'opération et user de toute son influence pour la faire accepter. Ce n'est que dans les cas où le diagnostic hésite entre un noyau de mammites chronique et un adénofibrome circonscrit qu'on aura recours à la compression ouatée, associée ou non à l'iodure de potassium à l'intérieur.

Le meilleur appareil, d'après Valude, consiste à recouvrir la tumeur de rondelles d'amadou, sur lesquelles on exercera une compression avec de la ouate et des bandes sèches ou des bandes de caoutchouc. On y joindra le traitement électrique; les résultats obtenus par Bergonié (de Bordeaux) (Voy. p. 90), encouragent à user de cette méthode.

Néanmoins, l'opération doit être proposée toutes les fois qu'il s'agit d'un adénoïde. Qui sait si tel néoplasme, bénin par lui-même, n'est pas susceptible d'évoluer dans le sens d'un sarcome ou d'un épithéliome? En opérant tôt, le sacrifice est moindre et la guérison plus sûre. D'ailleurs, il est plus d'un exemple de récidives de ces adénoïdes et l'on n'est jamais certain, en temporisant, de les opérer avant les premiers stades de leur évolution subitement rapide et maligne.

Quel est le meilleur procédé opératoire? On choisira entre l'*énucléation simple* et l'*extirpation*. Le premier mode est rapide et brillant; il suffit, après avoir fixé la tumeur entre deux doigts, d'inciser à son niveau les couches qui la recouvrent et de la détacher de sa capsule d'enveloppe; mais l'énucléation simple ne met pas à l'abri des récidives, car elle ne supprime pas la coque fibreuse dans laquelle est logée l'adénoïde.

L'extirpation est donc préférable.

Le procédé de choix est l'*amputation cunéiforme*, faite en plein tissu sain, à un centimètre au moins au delà des parois de la capsule. On ne drainera que si l'on n'est pas absolument sûr de l'hémostase et l'on appliquera un pansement aseptique compressif.

L'anesthésie locale ou, mieux encore, l'anesthésie générale au bromure d'éthyle, chez les femmes jeunes, est souvent suffisante pour

cette intervention. Pour rendre moins apparente la cicatrice, on usera avec avantage soit de la suture intradermique, soit, si le siège de la tumeur le permet, de l'incision préconisée par Gaillard Thomas (1), en Amérique et par Mollière en France. La section des téguments suit le sillon sous-mammaire. « L'organe est alors soulevé, la bourse sous-mammaire est ouverte, et c'est à travers cette bourse que la tumeur est attaquée par sa face profonde. Le sein est en quelque sorte *retourné* pendant l'opération. Et, par cette incision, on peut enlever une notable portion de la glande, toute la glande même, si le néoplasme, malgré son aspect bénin, ne semble pas parfaitement limité.

Le sein abandonné à lui-même retombe, et la cicatrice reste cachée dans le sillon sous-mammaire. » (Mollière).

Chez une femme qu'il venait d'amputer d'un sein pour un volumineux adéno-fibrome, Czerny (2) transplanta, dans la cavité due à cette ablation, un lipome enlevé, séance tenante, de la région lombaire de cette même femme. La réunion se fit par première intention et le résultat esthétique fut parfait.

L'amputation doit être d'autant plus large, que l'adéno-fibrome est plus volumineux.

Pour les gros adéno-cysto-sarcomes ulcérés, voici comment Tillaux (3) conseille de procéder. « Mesurez, dit-il, à l'aide d'un compas d'épaisseur, la hauteur du pédicule; elle représente la dimension qu'aura la plaie opératoire. Reportez cette mesure sur la face inférieure de la tumeur, en l'exagérant, s'il y a moyen, afin de parer à la rétraction de la peau. Pratiquez sur la face inférieure du sarcome, au point marqué à l'avance, une incision transversale à convexité antérieure et disséquez le lambeau jusqu'au voisinage de la poitrine; réunissez les deux extrémités de cette incision en passant au-dessus de la tumeur. Faites ensuite basculer celle-ci de haut en bas... L'opération ainsi conduite dure à peine quelques minutes... l'hémostase se faisant d'elle-même, lorsque la masse est enlevée. Drainez et réunissez par première intention. »

Se trouve-t-on en présence d'un adéno-sarcome volumineux, ulcéré ou non, mais s'accompagnant d'envahissement des ganglions axillaires? On enlèvera largement toute la glande, en taillant dans les tissus sains; on prolongera l'incision jusque dans l'aisselle, qu'on videra complètement, comme s'il s'agissait d'un cancer.

Le sarcome est-il avancé dans son évolution? Est-il diffus et adhérent au gril costal? Le chirurgien peut encore intervenir, même au prix de délabrements considérables, tels que ceux dont nous allons parler à propos des récidives.

DE LA RÉCIDIVE DANS LES TUMEURS ADÉNOIDES. — Après l'extirpation

(1) GAILLARD THOMAS, *New-York med. Journal*, 1882.

(2) CZERNY, *Congrès de chir. de Berlin*, avril 1895.

(3) TILLAUX, *Traité de chirurgie clinique*, t. I. Paris, 1891.

d'adéno-fibromes, on a vu rarement la tumeur récidiver localement [W. R. Williams, Rosenstirn (1)]. En présence de ces faits, on se demande s'il s'agit d'une véritable repullulation ou bien du développement d'un petit néoplasme de même nature, passé inaperçu au moment de l'opération. Peut-être est-ce la capsule qui donne lieu à une prolifération nouvelle.

La récidive locale dans les adéno-sarcomes est bien plus fréquente, puisqu'elle a été notée dans 21, 4 p. 100 des cas (W. R. Williams), 25 p. 100 (Schuoler) et même dans 58 p. 100 (Gross).

Ces tumeurs nouvelles ne contiennent pas d'éléments glandulaires, lorsque l'extirpation complète de la glande a été pratiquée. D'après Gross, les récidives surviennent, dans plus de la moitié des cas, (57 p. 100), au cours des six premiers mois qui suivent l'opération. Les récidives ne sont plus que de 28 p. 100 après la première année et de 8,8 p. 100 après la deuxième. La moyenne de leur apparition est de dix mois et demi; mais la repullulation peut survenir à une période beaucoup plus éloignée. Tel était le cas de Péan (2), dans lequel, vingt-cinq ans après une amputation du sein pour adéno-fibro-sarcome kystique, une tumeur de même nature se montra au siège primitif du mal.

On a vu ces tumeurs récidiver un très grand nombre de fois. Une malade de Page (3) subit, en quatre ans, cinq interventions; on hésita longtemps avant de pratiquer la dernière, tellement étendue devait être l'opération. La réunion immédiate fut impossible; cependant, la guérison fut complète. Gross rapporte qu'en quatre ans, il enleva à une même femme 54 sarcomes récidivés en 22 opérations.

Quel que soit le nombre des récidives, quelle que soit leur étendue, le chirurgien doit les poursuivre tant qu'il est sûr de pouvoir dépasser les limites du mal et tant qu'il est certain qu'il n'y a pas de signes de généralisation. Ainsi Vautrin (4), chez une jeune fille de dix-neuf ans atteinte d'un sarcome mammaire encéphaloïde diffusé dans les espaces intercostaux, disséqua la base de la tumeur, qui était très adhérente, et coupa au bistouri les cartilages de cinq côtes successives. Il décolla ensuite la plèvre pariétale; mais, au cours de ce temps opératoire, la séreuse dégénérée se déchira et il se produisit un pneumothorax. Le poumon s'étant affaissé dans la gouttière vertébrale, l'exérèse fut achevée. Un lambeau de plèvre, atteinte de dégénérescence sarcomateuse sur une largeur de 8 centimètres et sur une hauteur de 6 centimètres, dut être enlevé. La séreuse saine ayant été décollée, les 4^e, 5^e, 6^e et 7^e côtes furent réséquées. Il fallut encore débarrasser l'aisselle d'une masse néoplasique assez volumineuse,

(1) ROSENSTIRN, *Arch. für path. Anat.*, Bd. LVII.

(2) PÉAN, *Leçons de clin. chirurg.*, 1892.

(3) F. PAGE, *Case of recurrent Tumours of the Mamma five times operated upon in four years* (*The Lancet*. London, 1882).

(4) A. VAUTRIN, *De la résection costo-pleurale dans les tumeurs solides des parois thoraciques* (*VIII^e Congrès franç. de chir.* Lyon, 1894).

adhérente à la veine. La plaie mesurait 25 centimètres dans son diamètre transversal et s'étendait verticalement d'un point situé à 3 centimètres de la clavicule jusqu'à la 8^e côte. L'opérée, guérie, quitta l'hôpital vers le cinquantième jour et, cinq ans après l'opération, elle était encore bien portante.

D'après Gross, la durée moyenne de la vie dans les cas opérés est de quatre-vingt-un mois, soit quatre-vingt-dix mois pour les adénosarcomes fuso-cellulaires; cinquante-quatre mois pour les globocellulaires et cent huit pour les myéloïdes.

Il est rare de voir la récurrence se produire plus de quatre ans après l'extirpation de la tumeur. Il n'y a que 13,18 p. 100 des cas opérés qui rempliraient ces conditions (Gross). Aussi considère-t-on comme guéris les malades qui ont dépassé cette période sans que la tumeur se soit reproduite.

3^e Traitement des tumeurs épithéliales. — PRINCIPES DU TRAITEMENT. — S'il était démontré que le cancer du sein n'est que la manifestation locale d'une diathèse ou d'une infection générale parasitaire, il faudrait considérer comme inutile l'action chirurgicale — le mal devant se reproduire ailleurs — et s'adresser à un autre moyen thérapeutique capable de neutraliser l'agent nocif disséminé dans l'économie. Mais ces théories pathogéniques ne sont pas démontrées, et le remède anticancéreux — sérum ou autre — reste encore à découvrir. Toutefois, sans préjuger de la nature intime du cancer, il semble aujourd'hui démontré (1) que le carcinome mammaire est une affection d'abord locale, qui s'étend d'une manière progressive et se généralise. De la tumeur primitive, dont le siège est dans la glande, partent des prolongements continus ou discontinus (embolies) qui se ramifient dans l'économie comme autant de racines. En opérant à temps pour enlever tout le mal, il est donc permis d'espérer que le cancer ne réapparaîtra ni dans la région mammaire ni dans un organe éloigné, c'est-à-dire qu'il ne récidivera pas.

Faire une opération « adéquate » au mal, voilà le principe qui doit guider le traitement. Or, les résultats obtenus n'ont pas réalisé les promesses qu'on attendait. Aussi, voyons-nous des chirurgiens, encore à l'heure actuelle, suivre les conseils d'Hippocrate (2), de Celse, de Monro (3) et déposer le bistouri en présence d'un cancer du sein. Telle est la pratique de Hodges (4). A. Henry (5) nous apprend

(1) Voy. t. I, chap. *Néoplasmes*, p. 674.

(2) Il vaut mieux ne faire aucun traitement aux personnes atteintes de cancers occultes; car, si on les traite, elles meurent rapidement; si on ne les traite pas, leur vie se prolonge (HIPPOCRATE, Aphor. sect. VI, 38 in Œuvres complètes, trad. Littré, t. IV, p. 573).

(3) A. MONRO, *Medic. Essays*, 1750.

(4) HODGES, Excision of the Breast for Cancer (*Boston med. and surg. Journ.*, nov. 1888).

(5) A. HENRY, Statistische Mittheilungen über den Brustkrebs, nach Beobachtungen aus der Breslauer Chirurgischen Klinik. Inaug. Dissert. Breslau, 1879.

que dans les dix-sept dernières années antérieures à 1879, Benedikt n'a jamais pratiqué l'amputation du sein cancéreux. Faut-il donc conclure que la cure opératoire du cancer du sein est impossible et abandonner tout espoir? Les faits n'autorisent pas une semblable désespérance.

L'OPÉRATION EST-ELLE JUSTIFIÉE? — Abandonné à lui-même, le cancer du sein a une marche absolument fatale. La durée moyenne est de quatre ans environ, dans les statistiques les plus favorables (Astley Cooper, Paget, Bryant). Elle tombe même à vingt-neuf mois (Oldekop) (1), à vingt-huit mois (Gross), à vingt-sept mois (Sprengel) (2).

Or, il est incontestable que l'opération prolonge la vie des malades d'une façon d'autant plus sûre qu'elle a été plus complète et plus hâtive. Paget, qui, dans un premier travail, n'accordait que quatre mois de gain d'existence aux malades opérées, fixait la survie à douze mois dans une seconde étude. Voici quelques statistiques démonstratives :

	Durée moyenne de la vie des malades non opérées.	Durée moyenne de la vie des malades opérées.
Sibley (3).....	32 mois, 25	53 mois, 2
Morrant Baker (4)...	43 —	56 —, 5
Gross.....	28 —, 6	38 —, 5
W. R. Williams....	44 —, 8	60 —, 8

Voici sur 47 cas, d'après W. R. Williams, l'intervalle du temps qui s'est écoulé entre la première opération et l'apparition de la récurrence.

Moins de 3 mois.....	4 cas.
De 3 mois à 1 an.....	17 —
De 1 à 2 ans.....	10 —
De 2 à 3 ans.....	6 —
De 3 à 4 ans.....	2 —
Au delà de 4 ans.....	8 —

La récurrence la plus précoce a débuté deux mois et demi après l'opération et la plus éloignée, cent trente mois. Il y a donc quelquefois une survie très appréciable et même, dans quelques cas malheureusement trop rares, une guérison durable.

C'est surtout lorsqu'on est en présence de la variété de néoplasmes décrite sous le nom d'épithéliome, que l'intervention chirurgicale donne de bons résultats. Pendant la première période de l'évolution

(1) OLDEKOP, Statistische Zusammenstellung der in der Klinik der H. Prof. Esmarck zu Kiel in den Jahren 1850-75, beobachteten 250 Fälle von mamma carcinom (*Arch. für klin. Chir.*, Bd XXIV, 1879).

(2) SPRENGEL, Mittheilungen über die in den Jahren 1874-78, Auf der Volkmann'schen Klinik operativ (Behandelten), 131 Fälle von Brust Carcinom (*Arch. für klin. Chir.*, Bd XXVII, 1882).

(3) SIBLEY, *Transact. medicochir. Soc. London*, vol. XLII.

(4) MORRANT-BAKER, *Ibid.*, vol. XLV.

de ces tumeurs, les lésions sont presque encapsulées ou, tout au moins, n'ont pas encore diffusé dans l'organisme. Aussi, pour obtenir des guérisons radicales, n'est-il pas nécessaire d'avoir recours dans tous les cas à des opérations aussi étendues que celles que l'on voit toujours pratiquer pour les carcinomes, même au début de leur évolution.

Puisqu'il est démontré que l'opération prolonge l'existence, peut-être est-ce dans la gravité de l'intervention qu'on pourrait trouver une objection contre elle? Quelle est donc la mortalité opératoire et quelles en sont les causes?

Les statistiques de Winiwarter, de Oldekop, de Henry, de Sprengel, de Küster accusent une mortalité qui varie entre 10 et 15 p. 100; celle de Fischer est de 16 p. 100. Si celle de Korteweg (1) est de 20 p. 100, c'est qu'elle est antérieure à 1880 et qu'elle renferme des cas très graves.

En réunissant tous les cas opérés à *Middlesex Hospital* (1882-1889), à *Saint-Bartholomew's Hospital* (1886-1890), à *University College Hospital* (1884-1889), à *Saint-Thomas' Hospital* (1886-1890), W. R. Williams a trouvé 46 morts sur 489 opérations, soit 9,4 p. 100. Cazin (de Berck), au Congrès français de chirurgie de 1888, a présenté une statistique avec 5 morts sur 102 cancers opérés, soit 4,90 p. 100. Valude (2) nous apprend que Verneuil, sur 30 extirpations totales, ne perdit qu'une seule malade, soit 3,33 p. 100. Gross (3,7 p. 100), Gussenbauer (2,8 p. 100), Küster (2,5 p. 100) ont eu des résultats analogues. Halsted ne perdit aucune de ses 50 opérées. Il semble qu'à mesure que l'asepsie est devenue une méthode plus générale, les statistiques se soient améliorées.

C'est, en effet, à des accidents septiques que sont dues la plupart des morts. Sur les 46 décès survenus dans les hôpitaux de Londres, et que nous avons déjà signalés, 31, c'est-à-dire 67,39 p. 100 sont dus à cette cause (septicémie, 14; érysipèle, 9; pyohémie, 6; suppuration du médiastin antérieur, 1; hémorragie secondaire, 1). Six, c'est-à-dire 13,04 p. 100, ont été produits par des accidents pleuro-pulmonaires, survenus par suite du refroidissement des malades pendant l'opération ou peut-être encore à la suite d'infection (bronchite, 2; pneumonie, 2; pleurésie, 2). Quant aux neuf autres, leurs causes sont diverses (shock, 2; délire traumatique, 1; syncope, 1; récurrence aiguë, 1; péritonite par perforation, 1; exhaustion, 1; manie, 1; accidents rénaux, 1) et la plupart peuvent être mises aussi sur le compte d'accidents infectieux.

Voici la conclusion qui se dégage de ces chiffres :

1° *L'opération prolonge la vie des malades.*

2° *Elle n'est pas grave et, par conséquent, elle doit être tentée.*

(1) KORTEWEG, Die operative Behandlung des Brustkrebses (*Arch. für klin. Chir.*, Bd XXV, 1880).

(2) E. VALUDE, Du traitement chirurgical des néoplasmes mammaires, thèse de Paris, 1885.

Mais est-elle radicale et la guérison est-elle possible par ce moyen?

Tous les chirurgiens qui, par l'extirpation du néoplasme, ont tenté de guérir les malades atteints de cancer du sein ont presque toujours été déçus par l'apparition d'une récurrence à une époque variable.

ÉTUDES DES RÉCIDIVES. — Cette repullulation se fait localement (sur la plaie ou sur la cicatrice), dans les régions voisines ou bien dans un organe plus ou moins éloigné.

Récidives locales. — Quand la récurrence locale apparaît dans la plaie opératoire, les bourgeons charnus prennent un mauvais aspect et reproduisent bientôt les caractères du cancer ulcéré. Quelquefois, après un commencement de réunion, les bords de la plaie se désunissent et les bourgeons cancéreux se montrent.

La plaie s'est-elle réunie? On voit apparaître des nodosités généralement discrètes, plus rarement confluentes, dont le relief sur la peau est plus ou moins accusé. Les unes font corps avec le tégument; les autres adhèrent à la peau et au pectoral; d'autres enfin, plus rares, sont mobiles entre les deux. D'ordinaire, elles sont déjà volumineuses et immobiles quand les malades se décident à consulter.

A l'encontre de la tumeur primitive, qui est unique, les noyaux secondaires sont multiples et naissent, de préférence, aux confins de la cicatrice, surtout, d'après Rieffel, sur les tissus qui la limitent inférieurement. Son bord externe et la série des points de suture sont encore des sièges de prédilection pour l'éclosion de noyaux secondaires par greffes cancéreuses.

Récidives ganglionnaires. — Elles apparaissent soit isolément dans les creux sous et sus-claviculaires et même dans des ganglions éloignés et dans la cicatrice. Des phénomènes de compression du côté des vaisseaux et des nerfs du bras sont les premiers symptômes de la repullulation du néoplasme. Examinant alors l'aisselle, on trouve des noyaux durs d'abord isolés, puis conglomérés, qui se fixent bientôt solidement à la peau et aux parties profondes; dans le creux sus-claviculaire, on trouve également, à la vue et à la palpation, de petites masses analogues, qui s'échelonnent dans toute la hauteur du cou. Les ganglions intrathoraciques sont moins faciles à reconnaître; profondément cachés, ils ne révèlent leur présence que s'il survient des signes de compression du côté des organes contenus dans le médiastin (nerfs pneumogastriques et récurrents, vaisseaux, etc.).

La récurrence dans les ganglions axillaires est bien plus rare que la récurrence locale.

Récidives viscérales. — Leur étude se confond avec celle de la généralisation (Voy. p. 175). Elles n'intéressent le chirurgien que parce qu'elles sont une contre-indication formelle à toute intervention.

Snow (1) a insisté sur la généralisation fréquente à la moelle

(1) SNOW, *Brit. med. Journ.*, 17 oct. 1896, et *The Lancet*, 9 janv. 1897.