

osseuse, qui est, d'après lui, une cause fréquente de récidives. Malheureusement, cette localisation reste longtemps torpide et échappe le plus souvent à l'exploration clinique.

Étiologie et pathogénie des récidives. — L'âge des malades et la forme anatomique de la tumeur ont une influence marquée sur le développement des récidives. Plus les femmes sont jeunes, plus fatale et plus grave sera la repullulation. D'après Durand (1), les malades opérées entre vingt et quarante ans voient leur néoplasme renaître après deux mois et demi en moyenne. Entre soixante-cinq et soixante-dix-huit ans, il y a une survie moyenne de huit mois et demi.

Les diverses formes histologiques du cancer mammaire offrent quelques particularités relativement à leurs récidives.

Dans le cancer aigu, la repullulation est si rapide qu'elle se produit d'habitude avant toute réunion. P. Delbet, cependant, a eu le bonheur de prolonger de deux ans la vie d'une malade atteinte de cancer à forme inflammatoire en amputant le sein et en curant l'aisselle. Ce sont là des faits exceptionnels. Il en est de même pour le cancer léguminaire.

Les récidives du carcinome encéphaloïde sont plus rapides dans leurs manifestations et dans leurs localisations aux viscères que celles du squirre. Cependant, après la ménopause, le pronostic est plus favorable. Rieffel a comparé l'époque des récidives et leur siège dans 163 cas de squirre et dans 63 cas d'encéphaloïde diagnostiqués histologiquement. Il a trouvé que « l'époque des reproductions est bien plus précoce pour l'encéphaloïde que pour le squirre ; pour le premier, c'est depuis l'intervention jusqu'à la fin du sixième, pour le second, du septième au douzième mois, que les récidives ont leur chiffre de fréquence maximum ».

Le carcinome colloïde a un pronostic moins sombre. Chez une malade de Simmonds, il n'y avait pas de récidive trois ans après l'opération. F. Lange (2) a remarqué que le tiers au moins des récidives ne se sont produites dans cette forme que de trois à dix ans après l'intervention chirurgicale.

Il en est de même de l'épithéliome qui peut, il est vrai, récidiver *in situ* ou dans les ganglions, mais n'a, pendant longtemps, aucune tendance à se généraliser.

Les récidives sont presque toujours plus graves et plus rapides que la tumeur primitive.

Pour Poncet (3), l'hérédité jouerait un rôle important dans la reproduction du néoplasme. « Depuis deux ans, dit-il, je me préoc-

(1) DURAND, Des récidives du carcinome mammaire (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, avril 1894).

(2) F. LANGE, *Beiträge zur klin. Chir.*, Bd. XVI, 1896.

(3) PONCET (de Lyon), *Congrès français de chir.*, 1888.

cupe, avant d'opérer une tumeur maligne, de la question de l'hérédité, comme élément de récidive... D'après mes observations, la récidive des néoplasmes malins est à peu près fatale lorsqu'il y a hérédité directe. »

Le siège initial de la tumeur a-t-il une influence sur la direction suivie par les cellules cancéreuses et sur le développement des récidives ? Est-il vrai, comme on l'a prétendu, que les carcinomes situés en dedans du mamelon infectent beaucoup plus rarement les ganglions axillaires que les ganglions intrathoraciques, et qu'ils les envahissent toujours plus tardivement ? Pour Rieffel, qui a fait sur ce sujet une enquête approfondie, « l'époque et le siège de l'envahissement des ganglions ne sont nullement en rapport avec la localisation initiale du carcinome mammaire ». Sur 58 cas, dans lesquels la tumeur était apparue en dedans du mamelon, il y eut 46 fois des ganglions dans l'aisselle. Toutefois, au point de vue de l'extension par continuité, les noyaux cancéreux primitifs, nés dans les régions postérieures de la glande, ont une tendance marquée à envahir les plans rétromammaires et à respecter, dans une certaine mesure, le revêtement cutané.

Les récidives locales, ganglionnaires ou viscérales ont toutes une même origine qu'expliquent nettement les données anatomo-pathologiques. Elles sont toujours dues au développement de cellules néoplasiques laissées en place ou greffées au cours de l'opération.

Les reproductions locales ne sont que des « récidives par continuation du processus carcinomateux ». Dans l'étude anatomique du carcinome mammaire, nous avons montré que, d'après Waldeyer, les portions de la glande les plus éloignées du noyau cancéreux primitif et les plus saines en apparence présentaient, au microscope, un état d'altération manifeste.

Il suffira donc que la mamelle ne soit pas enlevée dans sa totalité pour que quelques cellules oubliées deviennent le point de départ de bourgeons cancéreux. Or, la glande mammaire n'a pas de limites précises ; elle pousse des prolongements vers l'aisselle (lobe axillaire de Kirmisson), vers le sternum (lobe sternal de Rieffel) et en bas, (lobe inférieur de Hening).

D'autre part, il n'est pas rare de rencontrer, dans la région, des mamelles supplémentaires (voy. p. 14), d'où naissent des récidives. Sur 29 cas dus à une semblable origine, 15 s'étaient développées dans l'aisselle, 8 dans le lobe sternal et 6 avaient pris naissance au-dessus de la mamelle (W. R. Williams).

Le derme périmammaire, la couche cellulo-graisseuse périglandulaire sont souvent le siège de la repullulation.

L'intimité des rapports de la face postérieure de la glande et du muscle grand pectoral est une autre cause de récidive locale. Les Allemands lui accordent une grande importance depuis que Heide-

nhain a montré comment le muscle était envahi par le néoplasme. Le grand pectoral étant mal protégé par son aponévrose, la propagation se fait de proche en proche, grâce au tissu adipeux pérिमammaire qui s'insinue entre les fibres musculaires, entraînant avec lui les lobules de la glande. Après l'amputation de la mamelle, des traînées carcinomateuses se trouvent ainsi disséminées entre les fibres du muscle et deviennent à leur tour le germe de récidives. Cette infiltration des éléments néoplasiques gagne même le grand dentelé (Cheyne) (1).

D'autres récidives locales sont dues à la greffe des éléments néoplasiques. Au cours de l'amputation de la mamelle, « que le suc cancéreux s'écoule naturellement, dit Antoine Sabatier, ou qu'il soit transporté par les doigts du chirurgien, par les instruments, en fin de compte il vient se mêler au liquide huileux recouvrant le champ opératoire. De là ce danger, la récidive *in situ* ».

La greffe cancéreuse est aujourd'hui admise sans conteste. Les inoculations faites sur des malades avec des parcelles de leur tumeur ont été positives. Il suffit de rappeler à cet égard les résultats de Bergmann en 1881, de Hahn (de Berlin) en 1888 et le rapport retentissant de Cornil, fait à l'Académie de médecine il y a quelques années.

D'après Rieffel, ces greffes opératoires expliquent assez bien pourquoi les nodules voisins de la cicatrice offrent des sièges d'élection tels que son extrémité externe et la bande de tissu qui la limite inférieurement. Si les cellules cancéreuses, au lieu d'être déposées à une faible distance de la tumeur primitive, sont charriées par le courant de la lymphe, elles viennent se greffer soit dans un vaisseau, soit dans un ganglion lymphatique.

Les récidives ganglionnaires peuvent aussi provenir de ganglions malades, que le chirurgien n'a pas enlevés. Souvent des ganglions, sains à l'examen clinique, sont démontrés cancéreux par l'examen histologique.

Il est possible enfin que la repullulation du néoplasme dans le champ opératoire amène l'invasion secondaire des ganglions régionaux.

Les récidives tardives n'ont point d'autre origine qu'un élément cellulaire qui s'est détaché de la tumeur primitive et qui se développe, grâce à des conditions favorables. « On peut même dire, a écrit Delbet dans cet ouvrage, que la généralisation n'est qu'une série de greffes », et il ajoute : « Toutes ces récidives où qu'elles siègent, si lointaines qu'elles soient — ganglions, os, poumons — ont toujours la même structure histologique que le néoplasme primitif. »

DU CHOIX D'UN PROCÉDÉ OPÉRATOIRE. — La conclusion qui se dégage

(1) CHEYNE, *The Lancet*, 1892.

de tous ces faits, c'est que l'opération ne pourra être radicale que si elle répond aux conditions suivantes :

1° Elle devra être hâtive ;

2° Elle sera large ;

3° Elle enlèvera d'une seule pièce toute la masse, par une incision portant toujours dans des tissus sains, pour éviter les greffes opératoires.

Si, depuis quelques années, les résultats se sont améliorés, c'est que justement les opérations ont été faites de plus en plus d'après ces données.

Autrefois, lorsqu'on se contentait d'amputations partielles, la récidive se faisait dans la plaie même. Plus tard, on enleva la glande entière : les récidives furent plus tardives, mais tout aussi fatales, soit près de la cicatrice, soit dans les ganglions. On vit alors que la peau était envahie de bonne heure et l'on fit l'opération de Moore (1), qui enlevait un large lambeau cutané, avec la totalité de la glande.

Les chirurgiens eurent encore des déceptions, car la récidive se faisait dans les ganglions. Aussi, en 1878, Winiwarter conseillait-il, dans tous les cancers du sein où l'on n'est pas sûr que les ganglions ne sont pas envahis, de disséquer l'aisselle jusqu'aux vaisseaux.

En 1881, Kirrison, à la Société de chirurgie, allait plus loin encore. Il prescrivait, dans tous les carcinomes de la mamelle, d'ouvrir l'aisselle, pour y rechercher les ganglions. Tel creux axillaire, en effet, qui paraît indemne lorsqu'on l'explore, offre des glandes malades, après qu'on l'a ouvert.

C'est alors qu'Herferich (2) établit, comme une loi, d'extirper les ganglions sus-claviculaires, lorsque ceux de l'aisselle étaient seuls atteints, c'est-à-dire d'aller toujours à une étape au delà de la région ganglionnaire infectée.

On vit dans la suite que les ganglions n'étaient pas la seule cause de récidive. Heidenhain, en effet, avait constaté l'envahissement précoce de l'aponévrose et même des fibres musculaires du grand pectoral. C'est en s'appuyant sur ces faits précis que Halsted, le premier, a proposé de faire, dans tous les cas et de parti pris, l'extirpation de ce muscle, que les chirurgiens n'enlevaient, avant lui, que pour des cancers adhérents.

Telles furent les diverses étapes opératoires du cancer du sein ; chacune d'elles a donné des résultats meilleurs que la précédente. On peut s'en convaincre en comparant entre elles les diverses statistiques :

	Amputations partielles.		Amputations totales.	
	sans ganglions.	avec ganglions.	sans ganglions.	avec ganglions.
Récidive locale.	65 p. 100	52 p. 100	60 p. 100	58 p. 100
— ganglionnaire	13 —	11 —	18,5 —	14 —
Récid. loc. et gang.	16 —	32 —	14 —	15 —
Récidives viscérales.	6 —	5 —	8,5 —	13 —

(Henri Rieffel.)

(1) CH. MOORE, On the Influence of inadequate operation on the Theory of Cancer (*Med. Chir. Transact.*, vol. I).

(2) HELFERICH, Prognose und Operabilität des Mammacarcinoms. München, 1885.

Amputations totales du sein avec curage systématique.

Récidives locales.....	45 p. 100
— axillaires seules.....	6 —
— locales et axillaires.....	12 —
— sus et sous-claviculaires.....	13 —
— viscérales seules.....	26 —

(Henri Rieffel.)

Si l'on compare ces chiffres avec ceux qui sont fournis par les méthodes opératoires modernes, on voit que la statistique est meilleure encore. W. S. Halsted (1), qui joint l'extirpation du grand pectoral au curage systématique des creux axillaire, sus et sous-claviculaires, obtient les résultats suivants : sur 50 cas, il n'a que 3 récidives locales (6 p. 100) et 8 récidives régionales (16 p. 100).

On peut encore juger de la valeur des procédés opératoires en recherchant quel a été le nombre des malades guéris qui ont survécu pendant plus de trois ans, sans récidives locales, ni générales. Voici la statistique de Joerss (2), qui est bien démonstrative :

	Nombre des malades opérées par la méthode ordinaire.	SANS RÉCIDIVES LOCALES		Avec récidives locales.
		guéris.	morts.	
König.....	91	18	20	53
Bergmann.....	45	13	9	23
Helferich (avant le 1 ^{er} octobre 1890).....	57	14	10	33
Total.....	193	45	39	109
Pour cent.....	»	23,3	20,2	56,5

	Nombre des cas opérés (ablation du grand pectoral).	SANS RÉCIDIVES LOCALES		Récidives locales.
		guéris.	morts.	
Halsted.....	10	4	2	4
Rotter (1).....	10	6	2	2
Watson Cheyne (2).....	21	12	6	3
Helferich (Joerss).....	35	10	11	14
Total.....	76	32	21	23
Pour cent.....	»	42,1	27,6	30,3

(1) J. ROTTER, *Günstigere Dauererfolge durch ein verbessertes Operationsverfahren der Mammacarcinome* (Berlin. klin. Wochenschr., janvier-février 1896).
 (2) WATSON-CHEYNE, *The objects and limits of operations for cancer* (The Lancet, 1896).

(1) W. S. HALSTED, *The Results of Operations for the cure of Cancer of the Breast performed at the Johns Hopkins' Hospital from June 1889 to January, 1894* (The Johns Hopkins' Hospital Reports. vol. IV, n° 6, 1894, Baltimore).

(2) K. JOERSS, *Ueber die heutige Prognose der Extirpation Mammæ carcinomatosa* (Deutsche Zeitschr. für Chir. Leipzig, 1896).

Ce chiffre de 42,1 p. 100 de guérisons est tout à fait remarquable et bien supérieur aux résultats qu'obtenaient les meilleurs chirurgiens par les méthodes classiques. Voici quelques termes de comparaison :

Billroth [Winiwarter (1)] de 1867 à 1876.....	4,7 p. 100 de guérisons.
Esmarch.....	11,5 — —
Horner.....	17,7 — —
Volkman (Sprengel), de 1874 à 1878.....	17,8 — —
Küster, de mai 1871 à décembre 1885.....	21,5 — —
Jules Bœckel, de 1877 à 1886.....	21,53 — —
König (Hildebrand), de 1875 à 1885.....	23 — —
Bergmann (Eichel), de 1882 à 1887.....	32,3 — —

La moyenne de tous ces cas ne donne que 18,75 p. 100 au lieu de 42,1 p. 100 comme dans la statistique précédente.

Mais, comme le fait remarquer Joerss, la différence est encore plus frappante si l'on tient compte des récidives locales.

« Les meilleures statistiques de S. Gross sont de 66,8 p. 100 de récidives locales, celle de Halsted, etc., est de 30,3 p. 100, c'est-à-dire de moins de la moitié. »

Il nous semble donc démontré que, depuis 1889, la thérapeutique opératoire a fait de grands progrès; les meilleurs résultats sont fournis par les opérations les plus complètes, puisque, grâce à ces dernières, les récidives locales ont diminué dans la proportion de 26 p. 100.

Aussi, est-ce le procédé de W. S. Halsted, qui nous a paru le mieux réglé et le mieux conçu, que nous décrirons comme manuel opératoire (2).

MANUEL OPÉRATOIRE. — Halsted divise son opération en quinze temps que nous réduirons à quatre pour plus de clarté.

Premier temps. — *Incision de la peau.* — L'incision est en forme de raquette dont la queue aboutit à la partie supérieure et interne du biceps et dont le plein embrasse largement la région

(1) WINIWARTER, *loc. cit.* — ESMARCH (*in* JOERSS, *loc. cit.*). — HORNER, *Beiträge z. klin. Chir.*, Bd. XII, n° 3, 1894. — SPRENGEL, *Arch. für klin. Chir.*, Bd. XXVII, 1882. — KÜSTER, 1. *Zur Statist. der Mammacarcinome und deren Heilung*. V. Schmid (*Deutsche Zeitschr. für Chir.*, Bd. XXVI, 1887). — 2. *Fünf Jahre im Augustahospital*. Berlin, 1877. — 3. *Ein chirurg. Triennium*. Berlin, 1882. — 4. *Zur Behandl. d. Brustkrebs* (*Verhand. deutsche c. für Chir.*, 1882). — J. BÖECKEL, *Congrès franç. de chir.*, 1888. — HILDEBRAND, *Beiträge z. statist. des Mammacarcinoms der Frau* (*Deutsche Zeitschr. für Chir.*, Bd. XXV, 1887). — EICHEL, *Ueber die in der von Bergmann'schen Klinik von Herbst, 1882 bis Mai 1887, operirten primären Fälle von Brustkrebs*. Inaug. Dissert. Berlin, 1887.

(2) Voici ce que dit Joerss : « A ceux qui ne sont pas encore persuadés de la nécessité de l'extirpation totale du muscle grand pectoral, je fais part du cas suivant. Une malade (obs. 78) atteinte de carcinome du sein gauche avait été opérée avec extirpation de la couche superficielle seulement du grand pectoral. Deux ans et trois mois après, elle se présente à nous avec une récidive profonde, de la dimension d'une noix, dans le pectoral. Malgré la petitesse de la tumeur et l'aspect sain du muscle voisin, on enlève le chef sternal du pectoral. On trouve alors, sur sa face postérieure trois autres tumeurs, du volume d'une noisette environ, qui n'auraient pas été enlevées si l'on n'avait pas pratiqué l'extirpation du muscle. »

mammaire. Elle est faite d'un seul coup de bistouri, commençant (côté droit) ou finissant (côté gauche) sur le biceps; elle comprend la peau et le tissu cellulaire sous-cutané (fig. 21). Tansini (1) enlève la peau encore. Il fait une incision ovoïde dont la petite extrémité aboutit à l'aisselle et la plus grosse au globe mammaire.

Deuxième temps. — *Dissection du lambeau cutané axillaire.* — Ce lambeau triangulaire A.B.C. adhérent par sa base est limité par la queue et le plein de la raquette. Il ne comprend que la peau et laisse en place le tissu cellulo-graisseux sous-cutané (fig. 21).

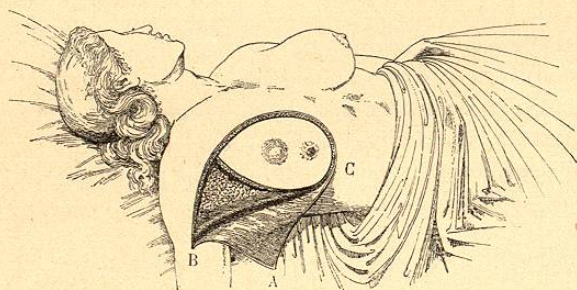


Fig. 21. — Tracé de l'incision, d'après Halsted; dissection du lambeau triangulaire A.B.C. destiné à matelasser le creux de l'aisselle.

de l'aisselle est alors bien exposé. Avec la portion costale du grand pectoral, on enlève le tissu cellulaire sous-jacent à la portion claviculaire du grand pectoral ordinairement laissé en place et récliné en haut par un large écarteur. Il est important d'enlever avec soin tout ce tissu cellulaire, car il peut être infecté. Le faisceau costal est ensuite isolé du faisceau claviculaire jusqu'à l'humérus et les insertions humérales sont sectionnées au ras de l'os.

Quatrième temps. — *Isolement des tissus malades et nettoyage de l'aisselle.* — Toute la masse à enlever (peau, mamelle, muscle, tissu cellulaire et graisseux), circonscrite par l'incision cutanée, est attirée en haut et en dehors, afin de tendre le fascia sous-musculaire et de dépouiller le thorax, au ras des côtes. On séparera du petit pectoral la délicate aponévrose qui le recouvre. D'ailleurs, dès que ce dernier muscle est isolé sur son bord inférieur, on le fend vers son milieu, perpendiculairement à ses fibres. Le tissu cellulaire, riche en lymphatiques, qui est au voisinage de ses insertions coracoïdiennes, est disséqué et la portion interne du muscle est réclinée en haut et en dedans. La portion externe est dès lors abritée sous l'écarteur placé d'abord sur le faisceau claviculaire du grand pectoral.

Les petits vaisseaux sanguins (surtout les veinules) situés près

(1) TANSINI, *Riforma medica*, 2 janvier 1896.

des insertions du petit pectoral sont isolés avec grand soin du muscle et du tissu cellulaire abondamment pourvu de graisse et de lymphatiques. On les lie aussitôt au ras de la veine, ce qui vaut mieux que d'en faire l'hémostase provisoire avec des pinces, qui sont sujettes à être arrachées pendant l'opération et qui gênent l'opérateur. La veine axillaire sera dénudée aussi haut que possible sous la clavicule avec un bistouri bien tranchant; c'est avec cet instrument, dit Halsted, que sera faite la toilette de l'aisselle et non avec les doigts, comme le font malheureusement bien des chirurgiens et comme on le conseille dans les livres. A notre avis, les ciseaux courbes sont encore préférables. Pendant ce temps opératoire, il faudra veiller à ne placer les ligatures que sur des vaisseaux bien isolés et à ne pas prendre dans le fil des portions de tissu cellulaire. Il n'est pas indispensable de mettre l'artère à nu, mais il est bon de le faire, car souvent le tissu voisin des gros vaisseaux est malade, ce que n'indiquent ni les doigts, ni les yeux du chirurgien. Mieux vaut se tromper en enlevant trop, c'est plus sûr. On disséquera aussi le tissu cellulaire qui entoure les nerfs du plexus brachial.

Dès lors, il est facile de dépouiller rapidement la paroi interne de l'aisselle (paroi latérale du thorax). Empoignant solidement avec la main gauche la masse à enlever, on la tirera en haut et en dehors, de façon à tendre le fascia qui la retient au thorax, fascia qui sera coupé au ras des côtes et du muscle dentelé. A peine atteint-on la paroi postérieure de l'aisselle, qu'un assistant saisit le lambeau triangulaire isolé au début et le tire au dehors. Les tissus qui recouvrent le sous-scapulaire, le grand rond et le grand dorsal sont tendus, et l'opérateur peut nettoyer la paroi postérieure de l'aisselle. Les vaisseaux sous-scapulaires, bien exposés, sont pincés avant d'être ouverts. Le nerf sous-scapulaire sera ou ne sera pas sectionné, au choix de l'opérateur, car Halsted ne lui accorde pas la même importance que Küster pour le résultat fonctionnel ultérieur. Le plus souvent, on l'épargnera. Il ne reste plus qu'à remettre la masse dans sa position naturelle et à la libérer d'un coup de bistouri passant par la première incision.

Par cette opération, les tissus malades sont enlevés en une seule pièce et, l'hémostase précédant toujours la section des vaisseaux, la perte de sang est à peu près nulle. Aussi n'y a-t-il pas de shock. Le lambeau triangulaire, taillé au début, sert uniquement à tapisser le fond de l'aisselle. Peut-être serait-il bon, comme le font Tédénat et Forgue, de le fixer par quelques points de suture au grand dorsal pour ourler le bord postérieur du creux axillaire. Halsted ne draine jamais l'aisselle. La pratique nous a démontré qu'il est bon de placer un drain à travers le lambeau cutané en faisant une petite ouverture à sa base.

Le reste de la plaie n'est pas affronté et cicatrise par seconde intention.

Quénu et Robineau (1) préfèrent recourir à une autoplastie par glissement. Ils taillent un lambeau quadrilatère à base dorsale; après dissection, ils l'attirent en haut et le suturent à la peau de la région pectorale. Si c'est nécessaire, ils prennent un second lambeau sur la paroi abdominale (parfois jusqu'au niveau de la fosse iliaque). Ils recouvrent ainsi toute la surface cruentée et obtiennent une réunion par première intention. De tels lambeaux ne se sphacèlent pas, même s'ils subissent des tractions notables. A peine voit-on quelques petits îlots de sphacèle superficiel, surtout vers les angles; il n'en résulte aucun inconvénient pour la cicatrisation immédiate.

Il n'y a jamais eu, d'après Halsted, de gêne fonctionnelle due à l'extirpation partielle du grand pectoral et, presque toujours, le bras du côté opéré est aussi utile que l'autre.

Tel est le procédé opératoire qui nous a paru le meilleur.

Lorsque l'amputation aura été faite avant la période d'ulcération, on aura recours à un pansement aseptique. Si l'opération, en effet, a été bien conduite, les tissus sectionnés étant sains, rien n'a infecté le champ opératoire. Donc, on recouvrira la plaie de compresses aseptiques, matelassées elles-mêmes par une abondante couche de ouate (ouate hydrophile stérilisée sur les compresses et au-dessus ouate ordinaire) faisant le tour du corps, mais surtout épaisse en arrière, où, par suite du décubitus de la malade, le pansement se trouve souvent souillé de sérosité ou de sang. Une seconde couche de ouate prendra le bras du côté malade. Celui-ci sera fixé le long du corps par une large bande de flanelle, pansement bien préférable au bandage de corps. Pour que les malades ne soient pas incommodés par cette position, il est nécessaire d'avoir une couche épaisse de ouate entre le membre supérieur et le thorax et de soutenir l'avant-bras fléchi sur le bras par quelques tours de bande prenant un point d'appui solide sur l'épaule. En Angleterre, on se sert d'un bandage spécial (*Jessel's bandage*) qui répond à ces indications.

La bande de flanelle sera assez serrée pour faire sur la plaie une compression modérée, mais, en aucun cas, celle-ci ne devra entraîner la gêne de la respiration.

A moins d'indications spéciales (pansement souillé par des liquides venus de la plaie, présence d'un drain, température, etc.), le pansement restera en place jusqu'au moment d'enlever les sutures, vers le huitième jour.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS OPÉRATOIRES. — Avec Tillaux et Rieffel, nous rangerons les cancers du sein dans les trois groupes suivants :

1° *Cancers qu'on doit opérer* ;

2° *Cancers qu'on peut opérer* ;

(1) QUÉNU et ROBINEAU, Sur quelques points de technique des amputations du sein (*Revue internationale de thérapeutique et de pharmacologie*, 17 août 1896).

3° *Cancers qu'on ne doit pas opérer*.

1° *On doit opérer* toutes les fois que le cancer est au début, qu'il n'y a pas encore d'adhérences très marquées au plan profond ni à la peau, même si les ganglions axillaires sont manifestement malades. On peut, en effet, se conformer à la règle d'Helferich et faire une intervention qui porte au delà de l'étape ganglionnaire envahie.

La pathogénie des récidives nous a démontré que, même si le cancer est tout à fait au début, sous forme d'une tumeur à peine appréciable, il faut intervenir par une opération large. C'est dans ces cas, en effet, qu'on aura les plus grandes chances de dépasser les limites du mal et d'obtenir peut-être une guérison radicale. L'espoir d'un tel résultat, quand il s'agit de cancer, doit forcer la main du chirurgien et rendre audacieux.

2° *On peut opérer*, lorsque le cancer, à une période plus avancée, est largement adhérent à la peau. Si la masse fait corps avec le grand pectoral, ce n'est pas une contre-indication. De même, si les ganglions axillaires les plus haut situés (creux sous-claviculaire) sont pris, s'ils sont conglomérés, formant des paquets volumineux plus ou moins adhérents à la veine. La présence de quelques petits ganglions dans le creux sus-claviculaire permet encore de tenter l'opération, bien que Forgue et Reclus aient dit très justement : « La clavicule est la frontière des interventions raisonnables. » On tentera d'isoler de la veine la masse ganglionnaire, mais, si l'adhérence est trop forte, on n'hésitera pas à réséquer le vaisseau entre deux ligatures plutôt que de laisser des tissus malades dans la plaie. Si l'opération a nécessité l'extirpation d'un lambeau cutané tellement large que la réunion immédiate partielle soit impossible, on laissera bourgeonner la plaie, ou, mieux encore, on aura recours soit à la greffe d'Ollier-Tiersch, soit à l'autoplastie.

Parmi les cancers qu'on peut opérer, quelques chirurgiens rangent des cas plus avancés encore. Ils les ont attaqués par des délabrements considérables. Ils ont réséqué la paroi thoracique envahie, la plèvre et même des portions de diaphragme et de poumon.

Déjà Richerand, dans une occasion semblable, avait enlevé les 6^e et 7^e côtes gauches et, après avoir ouvert la plèvre, avait mis à nu le péricarde. Sédillot, dans un cas analogue, fit de même. Plus récemment Vautrin (1) — pour ne parler que des chirurgiens français — a voulu ériger en principe de telles interventions. Chez une femme de quarante-six ans, atteinte de carcinome mammaire récidivé, il n'hésita pas à réséquer les 5^e et 6^e côtes et la plèvre. La cicatrisation par bourgeonnement se fit en deux mois; mais, quatre mois après, la malade était en pleine récurrence. D'autres chirurgiens,

(1) VAUTRIN (de Nancy), *loc. cit.*

Arbuthnot (1), Lane (2), par exemple, ont eu recours à la désarticulation de l'épaule pour des tumeurs *étendues de la mamelle*.

Nous ne conseillons pas de telles interventions. Le bénéfice qu'en tirent les malades n'est pas en rapport avec la gravité de l'opération.

Par contre, on a dit : Ne touchez pas au cancer après l'âge de soixante-cinq et soixante-dix ans [Monod (3), Valude]; avec Forgue et Reclus, nous croyons que cette règle n'est pas absolue et que, si elle est souvent vraie, « il y a des vieillards jeunes, qu'on ne doit point abandonner à leur néoplasme ». L'albuminurie et le diabète ne sont pas non plus des contre-indications formelles, mais ces complications inciteront le chirurgien à un surcroît de soins aseptiques (Forgue et Reclus).

Pierre Delbet pense, malgré l'avis général, qu'on peut aussi opérer le cancer atrophique et le cancer inflammatoire.

3° *On ne doit pas opérer* lorsque le cancer a dépassé les limites que nous avons indiquées plus haut : par exemple, si la tumeur adhère aux côtes, si les ganglions sus-claviculaires sont volumineux, et, à plus forte raison, si ceux du médiastin ou de la région carotidienne sont pris. De même, encore, on n'interviendra pas s'il existe des preuves de généralisation dans les viscères, les os, etc. Un jour viendra peut-être où la sérothérapie permettra d'arracher ces malades à la mort.

Certaines formes de cancers devront être respectées, les unes, parce qu'une intervention, même très large, ne dépasserait pas les limites du mal (*squirre légumentaire*); d'autres, parce que leur évolution lente donne aux malades une survie plus grande qu'une opération suivie le plus souvent d'une récurrence à marche plus rapide (*squirre atrophique des vieilles femmes*).

D'autres contre-indications se tirent de l'état général. On n'opérera pas une malade cachectique quelle que soit la cause de cet état (cancer, maladies générales). Le poumon, le foie, les reins, etc. seront examinés avec soin, car leurs lésions, même non cancéreuses, arrêteront la main du chirurgien si elles sont avancées. La sénilité est une contre-indication formelle.

Cependant, même dans les cas inopérables, on peut avoir à intervenir par des opérations palliatives. S'il survient des hémorragies graves et anémiantes, s'il s'écoule par l'ulcération un ichor fétide et abondant, un curettage des bourgeons cancéreux assainira la plaie et parera pour quelque temps à ces accidents. Une opération incomplète fera souvent disparaître des douleurs atroces, causes d'insomnie et de dépérissement.

Contre les souffrances atroces dues à la compression ou à l'envahis-

(1) ARBUTHNOT, *The Lancet*, 12 octobre 1895.

(2) LANE, *The Lancet*, 12 octobre 1895.

(3) CH. MONOD, Leçons de clin. chir. faites à l'hôpital Necker. Paris, 1884.

sement des nerfs du bras, on a fait avec succès la section du plexus brachial.

Enfin, parfois c'est une raison d'humanité qui obligera le chirurgien à opérer, pour tranquilliser une malade que l'abstention plongerait dans le désespoir, et pour « faire disparaître le fantôme de la mort sans cesse présent à ses yeux ».

TRAITEMENT DES RÉCIDIVES. — Le traitement des récurrences comporte les mêmes indications et les mêmes contre-indications que les cancers primitifs. On doit opérer les unes, on peut opérer les autres; il en est enfin auxquelles on ne touchera pas. Cependant, on se souviendra que les récurrences locales ont souvent une évolution plus rapide que l'affection primitive et, par suite, un pronostic plus sombre.

Néanmoins, ce n'est pas une raison pour désespérer, et tous les chirurgiens ont dans leurs statistiques des malades qui, par des interventions successives, ont eu leur vie prolongée et même une guérison radicale. A. Marmaduke Sheild (1) vient de rapporter une observation de Hare et Durham, où dix-huit extirpations successives ont procuré une survie de dix-neuf ans et celle d'Edmund Owen, où trois opérations répétées ont permis à la malade de vivre vingt ans.

Sibley (2) a cité un cas dans lequel la mère et ses cinq filles furent toutes atteintes de cancer de la mamelle gauche. Deux des sœurs restèrent guéries, l'une onze, l'autre douze ans, après une première opération; opérées pour la seconde fois, il n'y avait pas eu de récurrences quand il les revit sept ans après.

Volkman a dit: « Lorsqu'après l'opération une année entière s'est écoulée sans que l'examen le plus minutieux puisse démontrer une récurrence locale, des tuméfactions ganglionnaires ou des symptômes d'affections internes, on est en droit d'espérer une guérison durable; celle-ci est ordinairement certaine après deux ans révolus; après une période de trois ans, elle est certaine presque sans exception. » Sans méconnaître d'une façon absolue les récurrences tardives, il les croit du moins d'une extrême rareté.

Même avec cette réserve, la loi de Volkman est encore trop absolue. Nous pensons avec Rieffel que, lorsque *quatre ans au moins* se sont écoulés après l'opération sans qu'un examen minutieux de la cicatrice, des ganglions ou des divers organes ait révélé des traces de récurrences ou de généralisation, on pourra espérer une guérison, *nous ne disons pas définitive, mais temporaire*. C'est qu'il faut tenir compte de l'allure capricieuse des récurrences du cancer mammaire. König (3) rapporte une observation remarquable à ce point de vue.

(1) A. MARMADUKE SHEILD, *London royal medico-chir. Soc.* Séance du 25 janvier 1898, in *Sem. méd.*, 2 fév. 1898.

(2) SIBLEY, *Medico-chir. Transact.*, vol. XLII.

(3) KÖNIG, Ueber die Prognose der Carcinome nach chirurgisch. Eingriffen, mit