

mobile sur le thorax, on saisit d'une main le coude du côté malade, on le tient écarté du tronc, en priant la malade de faire effort pour le rapprocher. Pendant cet effort, qui amène la contraction du grand pectoral, le chirurgien cherche à mobiliser la mamelle dans le sens vertical et dans le sens transversal. Rien n'est plus facile que de constater si la mobilité a diminué. Plus tard, le néoplasme envoyant des prolongements de plus en plus profonds, les adhérences deviennent de plus en plus intimes. La mamelle, absolument immobile, collée contre le thorax, fait corps avec lui.

Les symptômes subjectifs sont très variables. Les douleurs peuvent manquer complètement, et elles manquent, d'après Schmidt, dans 56 pour 100 des cas. En général l'indolence est absolue jusqu'à une période très avancée. Les douleurs ne surviennent que dans les phases ultimes, lorsque les nerfs sont directement envahis ou comprimés par les ganglions. Il y a cependant des cancers qui sont douloureux dès le début. On sait d'ailleurs que toute tumeur de la mamelle peut déterminer des douleurs névralgiques.

L'ulcération s'agrandit sans cesse, donnant lieu à des hémorragies, à une sécrétion abondante et infecte. Quelquefois il survient autour et au niveau de la mamelle un véritable œdème par oblitération des voies lymphatiques. La compression déterminée par les ganglions de l'aisselle, ou bien la phlébite cancéreuse, amène du côté du bras les symptômes connus de la *phlegmatia alba dolens*. La santé générale s'altère, le teint prend une teinte jaune paille, l'amaigrissement devient extrême, et la mort survient, parfois précédée des signes de généralisation dans le poumon, dans le foie, dans la colonne vertébrale, dans les os.

Cancer encéphaloïde. — La dénomination d'encéphaloïde⁽¹⁾ est d'ordre purement clinique. Elle signifie que la tumeur est de consistance molle et que sa substance rappelle la matière cérébrale. Elle n'a aucune valeur anatomo-pathologique et peut s'appliquer indifféremment à des sarcomes et à des épithéliomes. Elle est donc profondément insuffisante et ce serait une véritable faute de nomenclature que de la conserver comme substantif. Si on veut la garder, il faut ne l'employer que comme adjectif associé à un mot qui indique la nature de la tumeur. Au début le cancer encéphaloïde ne diffère en rien du cancer ordinaire dont je viens de décrire les symptômes. Mais, en évoluant, la tumeur devient molle et présente quelquefois de véritables foyers de fluctuation dus à la présence de kystes. La marche de ces tumeurs, qui sont plus rares que les précédentes, est notablement plus rapide. Fischer⁽²⁾ en signale 4 qui ont tué en dix mois.

L'envahissement de la peau et l'ulcération surviennent vite. Cette ulcération présente souvent des végétations fongueuses et saignantes, plus volumineuses et plus vasculaires que celles du squirrhe. En somme, cette tumeur ne diffère du squirrhe ordinaire que par une consistance moindre, la présence éventuelle de kystes et une marche plus rapide.

Squirrhe atrophique. — C'est une variété très spéciale, dont j'ai indiqué précédemment la structure histologique. Elle se développe en général chez les femmes âgées. Voici l'excellente description que Velpeau en a donnée : « Son caractère spécifique semble être de ratatiner les tissus ou les organes. On le voit d'abord amener une rétraction quelquefois rapide, d'autres fois plus lente

(1) On applique souvent ce nom aux sarcomes mous. Je ne m'occupe ici que des cancers.

(2) FISCHER, *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1881, vol. XIV, p. 169.

et insensible du mamelon, qui paraît s'enfoncer de plus en plus dans la glande pour donner naissance plus tard à des rainures ou à des rigoles qui s'en éloignent en manière de rayons. La tumeur, tantôt aplatie et assez bien limitée, tantôt un peu bosselée ou armée de racines, présente du côté de la peau une dépression plus ou moins large, qui va en augmentant jusqu'à ce qu'elle s'ulcère ou s'excorie. Les téguments se pointillent bientôt sur d'autres endroits et semblent alors s'enfoncer tous dans la tumeur... En pareil cas, la mamelle, y compris le squirrhe, perd plutôt de son volume qu'elle ne s'épaissit... Si la mamelle se ratatine, se flétrit sous l'influence d'un pareil travail, le peu qui en reste n'en conserve pas moins les caractères du squirrhe » et l'affection ne guérit jamais spontanément. Mais elle a une marche extrêmement lente, dure des années, souvent plus de dix ans, dit Estlander, si bien qu'il n'est pas rare de voir les malades qui en sont atteintes succomber à une affection intercurrente.

Squirrhe pustuleux ou disséminé. — Velpeau a décrit sous ce nom une variété de cancer du sein qui est caractérisée par le développement d'un grand nombre de petits boutons cancéreux, dans la peau et peut-être aussi dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il ne s'agit pas là d'une forme primitive de cancer, mais d'un mode de propagation et d'envahissement qu'on observe, du reste, rarement. Ces petits noyaux cutanés ou sous-cutanés sont dus à des embolies lymphatiques. Au début, on les sent en promenant la main sur le sein. Ils s'accusent par une simple augmentation de résistance, une perte de souplesse de la peau. Puis ils viennent faire saillie sous forme de petits grains durs, indolents, d'un rouge plus ou moins pâle. La mamelle peut être criblée de ces petits grains. Il n'est pas rare qu'on en trouve en dehors du sein jusque sur la clavicule, jusque sur l'aisselle et au-dessous sur la paroi thoracique et même abdominale. Ces cancers sont extrêmement graves; la présence des noyaux cutanés prouve une tendance à la dissémination qui rend, le plus souvent, toute intervention inutile.

Squirrhe en cuirasse. — Cette forme est plus terrible encore que la précédente. La peau est envahie, non pas par petits noyaux, mais en masse par larges plaques qui ne tardent pas à devenir confluentes. Ces plaques, tantôt légèrement saillantes, tantôt, au contraire, un peu déprimées, sont d'un rouge intense, cuivré, ou au contraire violacé. Elles sont dures au toucher, rugueuses, coriaces. Il semble, suivant la comparaison de Velpeau, que les téguments « aient été tannés, que ce soit une portion de cuir ferme qui ait pris la place de la peau naturelle ». Ces plaques s'étendent avec rapidité. Dans un cas d'Esmarch, les traînées cancéreuses progressaient si vite qu'on les aurait facilement prises pour des traînées de lymphangite ou d'érysipèle. Quelquefois les deux seins sont primitivement envahis. En tous cas, les plaques ne tardent pas à dépasser les limites de la mamelle; elles s'étendent vers la clavicule, vers l'aisselle, finissent par couvrir toute la poitrine d'une véritable cuirasse. Certains points s'ulcèrent, des douleurs surviennent; mais ce qui cause surtout une intolérable torture aux malades, c'est que cette cuirasse inextensible étroit la poitrine, gêne ses mouvements, empêche la respiration et menace de les asphyxier. Velpeau décrit ainsi l'état d'une malheureuse femme « dont toute la poitrine, depuis les flancs jusqu'au cou, depuis l'ombilic jusqu'au larynx, depuis les lombes jusqu'à l'occiput, avait subi la transformation ligneuse, et qui était en outre criblée d'ulcères squirrheux, avec une foule de bosselures cancéreuses

jusque sous les aisselles et sur les épaules. Cette pauvre femme, dont les deux bras étaient triplés de volume et durs comme du marbre, avait la respiration si petite, si courte, qu'elle ressemblait à une personne qu'on étrangle ou dont la poitrine est violemment prise dans un étau; ne pouvant remuer ni les bras ni la tête, éprouvant des douleurs atroces à tout instant, elle offrait, quand je la vis, le spectacle le plus navrant qui se puisse imaginer, jetant des cris perçants, demandant la mort sans pouvoir se la donner, et priant incessamment qu'on lui administrât une dose suffisante d'opium pour l'endormir à jamais. »

Cette terrible affection évolue rapidement. Sa durée moyenne serait, d'après Estlander, de cinq à douze mois.

Diagnostic. — Le diagnostic des cancers du sein est facile dans l'immense majorité des cas. J'ai insisté, en étudiant les adénofibromes et les adénosarcomes, sur les caractères qui permettent de les différencier des cancers. Il n'est pas besoin d'une bien grande expérience pour distinguer une tumeur bénigne d'une tumeur maligne; et ce n'est pas de ce côté que vient en général l'erreur.

La véritable difficulté, c'est de distinguer le cancer des affections inflammatoires, mammites chroniques simples, tuberculose, gommès syphilitiques. Ces noyaux inflammatoires simulent presque à s'y méprendre les tumeurs malignes et il n'est pas de chirurgien de quelque pratique qui n'ait commis ou failli commettre l'erreur. Pour l'étude du diagnostic, je renvoie au chapitre consacré à ces diverses affections; je rappelle seulement ici que, dans les cas difficiles, les caractères objectifs de la tumeur sont si trompeurs qu'on ne peut s'y fier. C'est dans les antécédents, dans les symptômes subjectifs, dans la marche, dans l'état des ganglions, qu'il faut chercher des signes différentiels. Les antécédents tuberculeux, les antécédents syphilitiques ont une valeur relative, mais indiscutable. Pour les mammites simples, les rapports avec la grossesse et la lactation ont une grande importance. Il est vrai qu'une tumeur maligne peut débuter pendant la grossesse ou la lactation, mais, quand cela arrive, la tumeur prend en général une marche particulière et très rapide. Au contraire, il n'est pas exceptionnel que des mammites chroniques, débutant pendant la grossesse et surtout pendant la lactation, simulent absolument des tumeurs malignes. Il faut donc se méfier de toute tumeur d'apparence maligne, qui est en rapport étiologique direct avec la grossesse ou l'allaitement. Les noyaux inflammatoires sont souvent douloureux à la pression, tandis que les cancers ne le sont pas. La marche de ces noyaux est plus rapide que celle du cancer vulgaire. Enfin l'état des ganglions peut fournir de précieux renseignements. Quand les ganglions sont engorgés d'une manière précoce, quand l'adénopathie est volumineuse, il y a bien des chances pour qu'il s'agisse d'une maladie inflammatoire plutôt que d'un néoplasme.

Marche (1). — En étudiant les formes cliniques du cancer du sein, j'ai montré qu'elles sont bien loin de se comporter toutes de même manière. Le cancer en

(1) Voici les indications bibliographiques des statistiques qui seront fréquemment citées dans les paragraphes suivants : WINIWARTEK, *Beiträge zur Statistik der Carcinomen*. Stuttgart, 1878. — OLDEKOP, *Arch. f. klin. Chir.*, t. XXIV, p. 556. — FIRCHER, *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1881, t. XIV, p. 169. — ESTLANDER, *Revue mens. de méd. et de chir.*, 1880, p. 585. — KORTEWEG, *Arch. f. klin. Chir.*, 1880, t. XXV, p. 767. — HILDEBRAND, *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1887, t. XXV, p. 557. — H. SCHMID, *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, 1887, vol. XXVI, p. 159. — J. ROTTER, *Münchener med. Woch.*, 1887, p. 971 et 992. — BUTLIN, *On the operative Surgery*

masse, le cancer en cuirasse tuent, en quelques mois; au contraire le squirrhe atrophique dure des années. Il est une autre forme, à peu près impossible à reconnaître cliniquement, dont la malignité est aussi fort atténuée : c'est le cancer colloïde. Gross estime sa durée à douze ans. Simmonds (1) cite un cas qui fut opéré avec succès dix ans après son début. Je laisse de côté ces formes exceptionnelles pour étudier la marche du cancer commun, vulgaire.

J'ai déjà indiqué ses étapes successives : 1° tumeur adhérente à la glande mais mobile avec elle; 2° adhérence avec la peau; 3° engorgement ganglionnaire; 4° généralisation. Il s'agit maintenant d'étudier ces phases dans le détail et de fixer leur durée moyenne.

Un premier point important, c'est de savoir si, dans la première période, avant les adhérences avec la peau, avant l'engorgement ganglionnaire, la tumeur, qui n'est jamais circonscrite, peut être cependant considérée comme limitée. Léopold (2) a étudié des mamelles amputées pour de très petites tumeurs. Or il a constaté qu'en dehors de la tumeur il y avait toujours une infiltration de toute la glande. Donc, quand une mamelle présente un noyau cancéreux, si petit qu'il soit, il faut la tenir pour entièrement malade; d'où cette conclusion qu'on doit l'enlever complètement.

Voyons maintenant vers quelle époque se fait l'envahissement de la peau. D'après les diverses statistiques, on peut admettre qu'il se produit en moyenne vers le 10^e ou le 12^e mois, mais il est certain qu'il peut se produire, suivant les cas, ou bien plus tôt, ou bien plus tard. Je n'insiste pas sur ces chiffres, ils sont inutiles, car rien n'est plus facile en clinique que de s'assurer de l'envahissement de la peau.

Mais il n'en est pas de même pour les ganglions, et il est de la plus haute importance pratique de savoir à quelle époque ils sont pris. Dans les diverses statistiques basées sur des faits cliniques, nous voyons que l'engorgement ganglionnaire se produit entre le 11^e et le 18^e mois (3) (Winiwarter, 18^e mois; — Sprengel, du 11^e au 14^e; — Schmidt, du 13^e au 15^e; — Gross a trouvé 95,55 pour 100 d'engorgement ganglionnaire après le 15^e mois). Seul Fink déclare que l'engorgement commence entre le 6^e et le 12^e mois et ne manque jamais après le 15^e. En somme, on admet généralement que l'engorgement ganglionnaire est subordonné à l'envahissement de la peau, ou du moins que l'envahissement de la peau se produit d'abord et que l'engorgement ganglionnaire suit de près (Monod). Mais ces renseignements sont fournis par la clinique. Or, il est certain que des ganglions déjà tuméfiés peuvent parfaitement, surtout chez les femmes grasses, échapper à l'examen clinique, et, d'autre part, il est non moins certain que l'infiltration cancéreuse n'a pas pour premier effet d'augmenter le volume du ganglion, c'est-à-dire que des ganglions déjà malades peuvent très bien n'être pas perceptibles. Les renseignements tirés de la clinique

of malignant diseases. London, 1887. — E.-V. MEYER, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1888, vol. XXVIII, p. 189. — FINK, *Zeitschrift für Heilkunde*, 1888, vol. IX, p. 455. — PLICQUÉ, Thèse de Paris, 1888. — VALUDE, Thèse de Paris, 1888. — BOECKEL, *Troisième Congrès français de chir.*, 1888, p. 270. — CAZIN, *Ibid.* — SCHULTHESS, *Beiträge zur klin. Chir.*, t. IV, p. 443. — G.-B. SCHMIDT, *Brun's Beiträge zur klin. Chirurgie*, t. IV, 1889, p. 40. — E. BILHER, Thèse de Munich, 1890. — RIEFFEL, Thèse de Paris, 1890.

(1) SIMMONDS, *Deutsche Zeit. für Chir.*, 1884, t. XX, p. 74.

(2) LÉOPOLD, *Arch. für Gyn.*, t. V, p. 405, 1875.

(3) On s'est demandé si le siège de la tumeur avait une influence sur l'époque de l'engorgement ganglionnaire. Fink pense que l'engorgement est plus rapide quand la tumeur siège en dehors. Schmidt et Rieffel le nient.

sont donc sans valeur, ils ne permettent jamais d'affirmer que les ganglions sont sains. Seul l'examen microscopique peut nous renseigner avec exactitude sur ce point. Gussenbauer (1) a fait cet examen pour des cancers de diverses régions. Tenons-nous en à la mamelle. Pour 6 cancers opérés dès le début, alors qu'on ne sentait aucun ganglion, il a fait cependant le curage méthodique de l'aisselle. Dans tous les cas, les ganglions, examinés au microscope, étaient déjà cancéreux, d'où la conclusion qu'il faut toujours enlever les ganglions de l'aisselle. La même année, au Congrès de Londres, Samuel Gross insiste sur cette nécessité. La même année encore, le 14 décembre 1881, Kirmisson remet à la Société de chirurgie un mémoire basé sur trois faits, où il insiste sur la nécessité d'enlever non seulement les ganglions, mais encore le pont de tissu cellulaire qui unit la mamelle à l'aisselle. Le 9 novembre 1882, Banks (2) proclame encore la nécessité de toujours vider l'aisselle. Kuster (Schmidt), dans 43 cas, où l'on ne sentait rien cliniquement, trouve les ganglions malades. Richardson (3) nous dit qu'il n'a jamais ouvert l'aisselle sans y rencontrer des ganglions cancéreux et, pour ma part, dans les 19 cas que j'ai opérés, j'ai toujours trouvé les ganglions malades, même lorsque la palpation la plus attentive de l'aisselle ne révélait rien, même lorsque la peau du sein n'était nullement envahie.

Il n'y a donc pas de subordination entre l'envahissement de la peau et celui des ganglions. Il faut admettre en pratique que l'engorgement ganglionnaire est extrêmement précoce, qu'il existe bien avant d'être cliniquement appréciable; d'où cette conclusion que, toutes les fois qu'on opère un cancer du sein, il faut ouvrir et vider l'aisselle. Cette pratique très générale aujourd'hui rencontre encore quelques dissidents. L'anatomie pathologique leur donne tort, nous verrons qu'il en est de même des résultats.

J'arrive maintenant aux adhérences profondes. Les divers auteurs diffèrent sur l'époque de leur apparition. Pour ne citer que les extrêmes, elles se produiraient, d'après Fink, entre le 10^e et le 14^e mois, d'après Winiwarter, vers le 25^e. Mais ces chiffres sont tirés d'examen cliniques, et ils n'ont pas grand intérêt. Ce qu'il importe de connaître, c'est l'époque de l'invasion des parties profondes, et non pas la date où la tumeur devient adhérente, car les adhérences sont toujours faciles à constater cliniquement. Or, Heidenhain (4) a fait pour le *fascia pectoralis* et le muscle grand pectoral ce que Gussenbauer avait fait pour les ganglions. Voici ce qu'il a établi. L'aponévrose du grand pectoral est très souvent envahie par des boyaux épithéliaux. Ceux-ci viennent soit de lobules profonds dégénérés, soit de la tumeur principale en fusant dans les espaces conjonctifs, ou encore en suivant les lymphatiques, car il y en a qui, contrairement à l'opinion de Sappey, se dirigent en arrière vers le grand pectoral. Donc, de même qu'on n'est pas sûr, quand l'aisselle est cliniquement saine, que les ganglions ne sont pas cancéreux, de même on n'est pas certain, quand la tumeur est mobile sur les parties profondes, que l'aponévrose pectorale n'est pas envahie. Il faut donc toujours quand on opère un cancer du sein enlever l'aponévrose du grand pectoral. Mais cette aponévrose est mince, difficile à disséquer : aussi faut-il, comme l'ont conseillé depuis longtemps Volkmann et Verneuil, mettre franchement à nu les fibres du grand pectoral et même en enlever une partie.

(1) GUSSENBAUER, *Zeitschrift für Heilk.*, 1881, t. II, p. 17.

(2) *The Liverpool medico-chir. Journal*, janvier, 1885, p. 91.

(3) RICHARDSON, *British med. and surg. Journal*, 1888, t. CXIX, p. 224.

(4) HEIDENHAIN, *Arch. f. klin. Chir.*, 1889, t. XXXIX, p. 97.

Il faut surtout, dit Heidenhain, sectionner les vaisseaux sanguins, non pas à la superficie, mais dans l'intérieur du muscle, attendu qu'au niveau de l'aponévrose ils sont encore accompagnés de lymphatiques cancéreux. Quant au grand pectoral, au muscle lui-même, on n'y trouverait jamais de fusées éloignées du néoplasme primitif comme on en trouve dans son aponévrose. Il ne serait jamais envahi que directement. Par conséquent, en suivant le conseil précédemment donné d'enlever toute l'aponévrose dans les cancers mobiles, on serait sûr d'être au delà des limites du mal. Aussi Rotter (1) en conseillant d'enlever non seulement l'aponévrose du grand pectoral, mais encore toute la portion sternale du muscle, ainsi que la portion des aponévroses du grand dentelé et du grand oblique qui sont recouvertes par la mamelle, va sans doute trop loin. Mais par contre, dès que la tumeur adhère, le muscle lui-même est malade en totalité.

Nous arrivons à la dernière phase de la maladie, la généralisation. L'époque à laquelle paraissent les noyaux métastatiques est très diversement appréciée (Sprengel, Winiwarter, Fink, 25^e mois; Henry, 30^e; Oldekop, 58^e mois). Au point de vue du siège, le foie et l'appareil pleuro-pulmonaire tiennent la première place (foie, 57 pour 100, Torœk et Wittelshofer; — 49 pour 100, Rieffel; — plèvre et poumon, 46 pour 100 — 54 pour 100). Viennent ensuite le système osseux et les autres viscères, dits rarement atteints, qui comptent pour un chiffre considérable dans la statistique de Torœk et Wittelshofer. Chacun connaît les fractures spontanées dues aux métastases cancéreuses, je n'y insiste pas. Parmi les os les plus souvent atteints, est le rachis. L'envahissement de la colonne vertébrale peut se manifester par deux ordres de symptômes. Quand le corps vertébral est envahi d'abord, son ramollissement se traduit par une cyphose qui se produit tantôt lentement, tantôt brusquement, et s'accompagne des symptômes de la myélite transverse. Au contraire, quand toute la vertèbre est envahie, ce qui est plus fréquent, le tiraillement et la compression des racines nerveuses se manifestent par le syndrome décrit par Cruveilhier et Charcot de la paresthésie douloureuse, suivie de paralysie motrice d'abord, et sensitive ensuite (2). Billroth pense que c'est surtout la forme squirrheuse qui donne lieu aux métastases vertébrales. La statistique de Schmidt ne confirme pas cette opinion.

Les noyaux métastatiques sont dus au transport par les vaisseaux lymphatiques et sanguins de cellules épithéliales qui, lorsqu'elles trouvent un terrain favorable, s'y greffent et reproduisent la tumeur primitive. Mais, parmi les noyaux qu'on appelle métastatiques, il en est qui ne méritent pas toujours ce nom. Ainsi, par exemple, la plèvre et les poumons sont souvent envahis par propagation directe; Rieffel pense qu'il en est de même pour le foie. Je ne puis discuter cette question ici.

Mais il en est une autre que je ne saurais passer sous silence, c'est la suivante : la généralisation peut-elle se faire sans que les ganglions soient envahis? L'importance de cette question est de premier ordre. En effet, s'il peut y avoir des métastases viscérales, alors que les ganglions sont sains, la thérapeutique chirurgicale du cancer est livrée à l'aléa le plus complet. La statistique de Torœk et de Wittelshofer, basée sur 566 autopsies, donne des résultats inquié-

(1) ROTTER, *Berl. klin. Woch.*, 1896, p. 69 et 99.

(2) DELORME, *Étude sur le cancer de la colonne vertébrale consécutif au cancer du sein*. Thèse de Paris, 1876.

tants. Sur 191 cas sans adénopathie, ils trouvent 62,5 pour 100 de métastases ⁽¹⁾, d'où cette conclusion que l'absence de retentissement sur l'aisselle n'est pas une garantie contre la présence de noyaux secondaires dans les viscères. Mais dans cette statistique le foie et les poumons tiennent une très grande place. Or il est possible que ces viscères aient été envahis directement par de vieux cancers adhérents. Quoi qu'il en soit, il est bien certain que ces chiffres ne sont pas en rapport avec ce qu'on observe, et à cette statistique nous pouvons opposer celle de Pearce Gould ⁽²⁾. Dans 128 autopsies, les ganglions étaient cancéreux 115 fois; le foie, qui vient ensuite le premier, ne l'était que 55 fois et les poumons 28. La généralisation sans infection ganglionnaire est extrêmement rare: Gould ne l'a rencontrée que 15 fois sur 100. Il faut donc admettre que la généralisation par la voie sanguine sans infection ganglionnaire est possible, mais très rare. La voie lymphatique reste la voie de prédilection pour la propagation des cancers, et dans l'immense majorité des cas, quand les ganglions sont sains, les viscères le sont aussi.

Traitement. — Il y a d'abord un certain nombre de contre-indications au traitement opératoire, que je vais éliminer rapidement pour ne pas embarrasser la discussion. Dans le cancer en cuirasse, toute opération est impossible; de même dans le cancer pustuleux lorsque les nodosités cutanées sont très disséminées. Dans les cas de squirrhe atrophique, jusqu'à présent les tentatives opératoires n'ont guère fait qu'abrégé la vie; aussi considère-t-on ces tumeurs comme des sortes de *noli me tangere*. Il n'en sera peut-être pas toujours ainsi. Aux cas qu'on ne doit pas opérer, Monod ajoute le cancer en masse chez les jeunes femmes. J'ai déjà dit que, dans les cas de ce genre, l'opération, bien que n'ayant que peu de chances de succès, peut être tentée parce qu'il n'y a en somme rien à perdre.

J'arrive au cancer ordinaire, dont je veux surtout m'occuper. Nous avons vu que le cancer est une maladie locale. S'il est sous la dépendance de quelque altération générale comme l'arthritisme, c'est une dépendance lointaine. Il n'y a pas de rapport direct de cause à effet entre l'un et l'autre. Cette maladie locale est presque toujours unique; les cancers primitivement multiples sont infiniment rares, et dans la majorité des cas, quand une même personne porte deux cancers, ce sont les deux seins qui en sont le siège, et le même traitement peut s'appliquer aux deux. Cette affection locale s'étend et se généralise. L'extension se fait par envahissement direct de proche en proche et par transfert lymphatique. Elle subit un temps d'arrêt au niveau des ganglions et la généralisation ne se fait d'ordinaire que plus tard. Cette dernière est due à des embolies cellulaires. Il est infiniment rare que chez une personne cancéreuse un second cancer se développe sans être en relation avec le premier, si rare qu'en pratique il n'y a pas lieu de tenir compte de cette possibilité. Tous les noyaux secondaires qui se développent sont dus à ce double processus, envahissement de proche en proche, embolies cancéreuses. Tous sont sous la dépendance directe du néoplasme primitif. Ce sont des prolongements, les uns continus, les autres discontinus, de la tumeur première. La conclusion logique qui se dégage de ces faits, c'est que si, à un moment quelconque de l'évolution du cancer, on

⁽¹⁾ J'ai à peine besoin de faire remarquer qu'il s'agit là de résultats macroscopiques, qui n'infirmen en rien les examens histologiques dont je parlais tout à l'heure.
⁽²⁾ P. GOULD, Soc. méd. de Londres, 27 mars 1881.

enlève la totalité du mal, on obtiendra la guérison absolue. Cette doctrine est absolument prouvée par les faits; la guérison opératoire du cancer est possible; il est à l'heure actuelle antiscientifique de soutenir le contraire. Le traitement doit se résumer à ceci: enlever tout le mal, c'est-à-dire non seulement la tumeur, mais encore ses prolongements, ses expansions. Faire une opération adéquate au mal, tel est le but: comment le réaliser? Nous sommes bien loin maintenant de l'antique précepte empirique, qui recommandait de passer à un centimètre de la tumeur apparente. Ce précepte est absolument mauvais à force d'être insuffisant; c'est pour l'avoir trop longtemps et trop souvent appliqué qu'on en est venu à douter de l'efficacité du traitement chirurgical du cancer.

L'anatomie pathologique nous a conduit à ce résultat, que, quand un cancer est mobile, il faut, pour faire une opération complète, enlever toute la glande, enlever l'aponévrose pectorale et vider l'aisselle. Nous allons voir si les résultats justifient les préceptes.

On sait qu'après avoir été opérées les tumeurs malignes récidivent, c'est-à-dire qu'au bout d'un temps variable se développent une ou plusieurs tumeurs semblables à la première. Il est indispensable d'étudier quelque peu ces récidives pour analyser avec fruit les résultats du traitement.

Broca ⁽¹⁾ a divisé les récidives en deux catégories: récidives par repullulation, récidives par continuation. Dans la récidive par repullulation, « le mal était entièrement détruit, il ne restait plus aucun germe local, il s'est reproduit de toutes pièces ». Dans la récidive par continuation, « l'ablation avait été incomplète, on avait laissé des tissus malades qui continuent à pulluler ». Cette division, uniquement basée sur des apparences microscopiques, ne peut plus être admise. La repullulation, d'après la définition de Broca, serait en somme la production d'une nouvelle tumeur. Je considère cette manière de voir comme absolument erronée. Les tumeurs qui se développent après l'ablation d'un premier cancer sont directement liées à lui, ainsi que le prouve l'identité des formes histologiques. Elles en sont les filles directes ou indirectes, soit qu'une partie de la tumeur n'ait pas été enlevée, soit qu'avant l'opération des embolies cellulaires aient déjà été se fixer au loin. Il n'y a donc que des récidives par continuation.

A quelle époque paraissent les récidives? D'après Schmidt, la plupart paraissent entre le deuxième et le sixième mois. D'après Fink, la moitié se développe dans les quatre premiers mois; dans les six premiers mois pour Hildebrand; les deux tiers, dans les quatre premières semaines, d'après Winiwarter. Au travers de ces légères discordances, on voit qu'en somme les récidives se font vite. A mesure qu'on s'éloigne de la date de l'opération, elles deviennent de plus en plus rares, et Volkmann a pu écrire: « Lorsque, après l'opération, un an entier s'est écoulé sans récidive, on est en droit d'espérer une guérison durable; après deux ans, cette guérison est probable; au bout de trois ans, elle devient presque certaine. » Cet aphorisme est considéré en Allemagne comme une loi. Rieffel s'est appliqué à démontrer que cette loi n'est pas exacte parce qu'il a trouvé 5,16 pour 100 de récidives après la troisième année. Le chiffre de 5,16 pour 100 n'est vraiment pas bien considérable, surtout si l'on songe qu'un chirurgien a plus de chances de revoir une malade trois ans après l'avoir opérée, si elle est

⁽¹⁾ BROCA, *Traité des tumeurs*, t. I, p. 575.