

de nouveau malade, que si elle est restée bien guérie. Certes, il y a des cas de récédive après la troisième année. Parfois, les germes épithéliaux enfermés dans la cicatrice sommeillent pendant fort longtemps avant de se remettre à proliférer. Fischer, Meyer, Schmidt, Fink, signalent des récédives tardives. Schmidt en a vu après onze ans. Mais, s'il est vrai qu'on ne peut pas dire d'une malade qui est restée trois ans sans récédive qu'elle est sûrement et définitivement guérie, il n'en est pas moins certain que la formule de Volkmann est suffisamment juste pour servir d'appréciation générale. Si l'on voulait du reste arriver à une certitude absolue, il ne suffirait pas, comme le propose Rieffel, de reporter la date à quatre ans, il ne suffirait même pas de la reculer à dix ans; le fait de Schmidt le prouve: et alors toute statistique deviendrait impossible. J'accepte donc la formule de Volkmann. Toutefois, pour montrer que la certitude de la guérison définitive n'est pas absolue, j'emploierai, pour désigner les guérisons constatées après trois ans, l'expression de guérison durable. Mais ce n'est pas pour faire douter de la possibilité de la guérison absolue; celle-ci est bien établie, car on a vu des malades bien portantes dix ans (Schmidt), seize ans et quatre mois (Meyer) après l'opération,

La nécessité d'enlever toute la mamelle est reconnue aujourd'hui par tous les chirurgiens. Moore<sup>(1)</sup>, qui l'un des premiers a affirmé que la récédive du cancer était due à des causes locales, insistait déjà sur cette nécessité en 1867. Mais ce précepte est plus difficile à appliquer qu'on ne le croit, car la glande mammaire est mal limitée. C'est surtout du côté du sternum (Moore, Volkmann) qu'on est exposé à laisser quelques lobules isolés. Je ne puis ici que signaler ce point.

L'extirpation des ganglions, dans les cas où ils ne paraissent pas cliniquement envahis, a encore des opposants. En 1891, Terrillon<sup>(2)</sup> écrivait: « Mon opinion est bien nette: on ne doit enlever les ganglions de l'aisselle que si ces organes sont manifestement altérés ». Butlin<sup>(3)</sup> n'était pas moins précis en écrivant: « Quant aux ganglions, il faut les enlever, si on les sent; mais on ne doit pas ouvrir l'aisselle en vertu d'idées théoriques ». J'ai déjà montré que le curage de l'aisselle dans les cas où l'on ne sent pas de ganglions engorgés est basé non pas sur des idées théoriques, mais sur des constatations anatomiques nettes et précises.

Voyons les résultats. Butlin donne la statistique suivante: Sur 98 amputations du sein sans curage de l'aisselle, il y eut 19 guérisons durables, tandis que 144 amputations avec curage axillaire n'auraient donné que 41 guérisons durables. Ainsi les résultats éloignés de l'opération complète seraient moins bons que ceux de l'opération incomplète; autrement dit, les résultats seraient d'autant moins bons que l'opération serait plus complète. Conclusion étrangement paradoxale, qui s'explique aisément par la manière dont a été faite la statistique. Dans les cas où l'on a fait le curage de l'aisselle, c'est que les ganglions étaient cliniquement malades; il s'agissait, par conséquent, de cas plus avancés, plus graves, et l'infériorité des résultats doit être mise sur le compte des cas, non sur celui de l'opération. Rieffel arrive à des résultats analogues qui s'expliquent par les mêmes raisons.

Ce n'est pas ainsi qu'il faut procéder. Voici des faits absolument précis et tout à fait concluants. Dans la statistique de Fink, on trouve 5 cas où les gan-

(1) MOORE, *Med. chir. Transact.*, 1867, vol. L, p. 245.

(2) TERRILLON, *Bull. gén. de thérap.*, 15 mai 1891, p. 385.

(3) BUTLIN, *On the operative surgery of malignant diseases*. London, 1888.

glions qui ne paraissaient pas malades n'ont pas été enlevés, et ces 5 cas ont récédivé une fois dans la mamelle seule et les 4 autres fois dans la mamelle et les ganglions. Au contraire, dans les autres cas de la même statistique où le curage de l'aisselle a été fait de parti pris, nous voyons 28 récédives dans la cicatrice et 15 seulement dans l'aisselle, ou à la fois dans la cicatrice et dans l'aisselle. Ces chiffres sont déjà très nets. En voici qui le sont plus encore. Kœnig (statistique d'Hildebrand) prend 26 cas dans lesquels on ne pouvait reconnaître cliniquement aucun engorgement ganglionnaire. Il en opère 15 sans faire de curage axillaire et obtient 25 pour 100 de guérisons durables. Les 15 autres opérés avec curage de l'aisselle donnent 46 pour 100 de guérison durable, c'est-à-dire le double. Ces chiffres se passent de tout commentaire. Les résultats qu'on obtient en faisant le curage axillaire sont deux fois supérieurs à ceux de l'amputation simple. Au point de vue des résultats éloignés, il n'est donc pas douteux qu'il faille toujours faire le curage de l'aisselle avec ablation du pont de tissu cellulaire qui réunit la mamelle à l'aisselle, comme l'a recommandé Kirmisson. Le seul reproche qu'on puisse faire à cette opération, c'est qu'elle augmente la mortalité. Voyons jusqu'à quel point ce reproche est justifié.

D'après Butlin, la mortalité de l'amputation du sein avec curage de l'aisselle serait de 20 pour 100. Ce chiffre est absolument inexact.

En réunissant les statistiques déjà anciennes de Winiwarter (1867 à 1875), d'Oldekop (1850 à 1878), de Henry (1871 à 1878), Korteweg<sup>(1)</sup> trouve une mortalité opératoire de 16 pour 100. A cette époque, on n'enlevait les ganglions que s'ils étaient manifestement malades. Küster, en 1875, avait une mortalité de 15,15 pour 100. Le même Küster (statistique de Schmid) n'a plus, de 1885 à 1885, qu'une mortalité de 5,20 pour 100, en 1885, de 2,5 pour 100. La mortalité du service de Czerny (statistique de Schmidt) est de 4,4 pour 100. Celle du service de Kœnig (statistique d'Hildebrand), de 1880 à 1885, de 5,20 pour 100. Celle de Gussenbauer (statistique de Fink) est de 2,8 pour 100, et encore en comptant une morte par le chloroforme; celle de Bergmann (statistique de Rotter) est de 4,59 pour 100, et l'une des malades est morte d'un ulcère rond de l'estomac, une autre de collapsus, parce qu'on avait enlevé simultanément les deux mamelles. En retranchant ces deux cas, on trouve 2,65 pour 100 de mortalité. Je n'ai pas perdu une seule des 19 malades que j'ai opérées; je n'ai jamais eu un échec de la réunion par première intention. Or, dans toutes ces opérations, le curage de l'aisselle a été régulièrement pratiqué. La mortalité actuelle de l'amputation du sein avec curage axillaire, quand on opère aseptiquement, est donc de moins de 5 pour 100. On pourrait montrer qu'elle est nulle, il suffit d'avoir montré qu'elle est négligeable. Il est donc scientifiquement incontestable que dans tous les cas de cancer du sein il faut faire le curage de l'aisselle, comme le soutenait énergiquement Trélat. Et s'il est vrai qu'on observe encore, malgré cela, des récédives dans l'aisselle, il faut en conclure tout simplement que le curage a été insuffisant. Je n'ai jamais vu, pour ma part, de récédive axillaire.

Voyons maintenant ce qu'il faut enlever de peau. Tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point, il faut être très large dans les ablations cutanées; tous mettent ce précepte en pratique; tous cherchent à enlever la totalité de la

(1) KORTEWEG, *Arch. de Langenbeck*, 1880, t. XXV, p. 767.

glande, et cependant la majorité des récidives sont locales, c'est-à-dire qu'elles se font au niveau du foyer opératoire. C'est là un résultat surprenant sans doute, mais il ne faut pas dire, comme on le fait quelquefois, qu'il déjoue tous nos calculs. Faire ainsi, c'est renoncer d'avance à trouver une explication qui permettrait peut-être d'éviter ces résultats fâcheux, et cette explication n'est pas si difficile à trouver. Dans ces récidives locales, il faut faire des classes. Les unes sont adhérentes, dans la profondeur, au muscle pectoral. Heidenhain, par ses études histologiques déjà citées, en a donné l'explication. Ce sont des récidives par continuation, qui tiennent à ce qu'on n'a pas suffisamment enlevé l'aponévrose du grand pectoral et qu'on a laissé des fuses épithéliales à ce niveau. Qu'on ne dise pas que c'est là une explication après coup. Heidenhain, examinant la face profonde des seins amputés, a pu, lorsqu'il y trouvait des boyaux épithéliaux, prédire la récurrence, et ses prédictions se sont réalisées. Donc, les récidives adhérentes sont dues à ce que l'opération a été incomplète, à ce que l'opération n'a pas été adéquate au mal; elles sont évitables.

Dans un second groupe de faits, les récidives sont sous-cutanées, mobiles sur les parties profondes, mobiles sous la peau. Il est facile de les expliquer. Elles tiennent à ce qu'on a laissé une partie de la glande, et la preuve, c'est qu'elles se rencontrent surtout dans l'angle interne de la plaie, là où il est le plus difficile de faire l'extirpation complète. Celles-là encore sont donc évitables.

Restent les récidives qui se font dans la peau elle-même, près de la cicatrice, dans la cicatrice, dans celle des points de suture. Ce sont peut-être les plus fréquentes; ce sont elles, en tous cas, qui paraissent le plus incompréhensibles. Leur explication cependant me paraît bien simple. Les unes relèvent de lymphangites dermiques cancéreuses qui existaient au moment de l'intervention, mais dont rien ne révélait la présence. Celles-là sont inévitables. Les autres sont dues à des greffes faites pendant l'acte opératoire. Sans parler des anciennes recherches de Langenbeck, de Lebert et Föllin, de Billroth, Maas, Doutrelepont, Alberts, Sænger, qui du reste n'avaient pas donné de résultats, on peut dire que la greffe cancéreuse est aujourd'hui pleinement démontrée. La greffe dans les séreuses<sup>(1)</sup> était déjà bien établie. Les expériences sur les animaux de Hanau, de Moreau, les expériences sur l'homme et sur le sein même de Hahn<sup>(2)</sup>, d'autres plus récentes et plus retentissantes démontrent péremptoirement la possibilité et la facilité des greffes cancéreuses. Hahn et Sabatier<sup>(3)</sup> avaient déjà émis l'idée que les récidives cutanées étaient dues à ces greffes. Ce fait que, après le curage de l'aisselle, on voit parfois se développer des noyaux dans la peau de cette région où rien d'autre ne peut les expliquer, tend déjà à le prouver. Mais voici une preuve bien plus convaincante. Donitz<sup>(4)</sup>, dans les quatre années qui ont précédé la publication de son mémoire, a pris la précaution de ne pas inciser le cancer, de ne pas se resservir dans les tissus sains de pinces de Museux et autres instruments ayant pénétré dans la tumeur, et, depuis qu'il prend ces précautions, il n'a plus de récidives dans la cicatrice, tandis qu'il en avait avant.

Donc, les récidives ganglionnaires de l'aisselle peuvent être évitées par un curage complet, les récidives locales profondes par l'extirpation de la couche

(1) REINEKE, *Krebsimpfung bei carcinomatöser Peritonitis*. *Virchow's Arch.*, vol. LI, p. 397.  
 (2) HAHN, *Berliner klin. Woch.*, 1888, n° 21, p. 415.  
 (3) SABATIER, *Congrès franç. de chir.*, 1888, p. 287.  
 (4) DONITZ, *Berliner klin. Woch.*, 1888, n° 27, p. 544.

superficielle du grand pectoral, les récidives sous-cutanées, par l'ablation soigneusement complète de la glande, les récidives cutanées ou au moins un certain nombre d'entre elles, par les précautions opératoires que je viens de dire. J'ai la conviction qu'en opérant ainsi complètement et soigneusement on améliorera encore les résultats définitifs déjà si encourageants du traitement chirurgical du cancer du sein à sa première période.

Dans les périodes plus avancées, les résultats sont compromis d'avance, puisque le précepte fondamental de faire une opération adéquate au mal est bien plus difficile à appliquer. C'est du côté des ganglions et du côté de la paroi thoracique que viennent les difficultés.

Parfois les ganglions sont adhérents, et leur extirpation a conduit, dans certains cas, à réséquer la veine ou l'artère axillaire. La résection de la veine n'a pas la gravité qu'on pourrait croire: de nombreux faits l'ont prouvé<sup>(1)</sup>. La résection de l'artère elle-même n'est pas extrêmement grave, à la condition qu'elle porte au-dessous du tronc des scapulaires. Aussi, tant que les ganglions de l'aisselle sont seuls pris, il faut opérer. Helferich<sup>(2)</sup> a posé en principe que, dans les cancers du sein, il faut toujours aller à une étape au delà de celle qui est manifestement envahie. Quand les ganglions axillaires sont pris, il faudrait enlever les ganglions sous-claviculaires. Cela nécessite la section du grand pectoral. Cette perspective ne l'effraye pas. Il est possible qu'il ait raison. Mais nous ne sommes pas renseignés sur ce point comme sur les précédents, et il faut attendre des faits nouveaux pour fixer la pratique. Du reste, je dois dire que, dans ces cas, le curage de l'aisselle donne déjà des résultats appréciables. Dans la statistique d'Hildebrandt, 76 cas avec adénopathie cliniquement appréciable ont donné 18 pour 100 de guérisons durables. Quand les ganglions sous-claviculaires sont pris, on peut encore tenter l'opération. Cela rentre dans les opérations qu'on peut faire, mais non dans celles qu'on doit faire. Quand les ganglions sus-claviculaires sont envahis, il vaut mieux s'abstenir, car il est impossible de tout enlever. J'ai vu, en Allemagne, faire pour ces cas d'énormes opérations avec résection du grand pectoral, résection d'une partie de la clavicule. Je ne crois pas que ce soit un exemple à suivre.

Lorsqu'il existe des adhérences profondes, Heidenhain recommande d'enlever tout le grand pectoral, parce que, dit-il, dès qu'un muscle est envahi, il est certainement infiltré dans sa totalité. Cette opération n'est pas aussi terrible qu'on pourrait le croire. Elle n'augmente pas beaucoup l'hémorragie, et ultérieurement elle ne rend pas, dit-on, beaucoup plus difficiles les mouvements du bras. Aussi il est possible que l'ablation complète du grand pectoral soit indiquée dans les cas où il existe des adhérences profondes considérables. Je n'ose pas la conseiller en principe, parce que nous n'avons pas de faits en nombre suffisant pour nous fixer sur sa valeur. Mais si, ayant entrepris l'opération, on constate que le muscle est envahi dans toute son épaisseur, il ne faut pas hésiter à l'enlever complètement. Il ne faut même pas craindre d'aller au delà, jusqu'à la paroi thoracique: on peut encore obtenir ainsi de bons résultats. Fink parle d'un cas où les adhérences allaient si loin, que la plèvre fut ouverte au cours de l'opération, et, lorsqu'il a publié sa statistique, la malade était guérie depuis trois ans et huit mois.

(1) VERNEUIL, JULLIARD, WASTON-CHEYNE, etc. — CAMAIL, Thèse de Montpellier, 1887.  
 (2) HELFERICH, *Prognose und Operabilität des Mammarcarcinoms*. München, 1885.

Willy Meyer (1) a proposé d'enlever dans tous les cas ou à peu près la mamelle, le contenu de l'aisselle, des régions sous- et sus-claviculaires, ainsi que le grand pectoral en une seule masse. Je ne pense pas qu'une telle opération puisse être considérée comme une méthode de choix.

Schininger, au Congrès de Berlin, en 1889, se demandait si l'on ne pourrait pas pratiquer la castration pour amener l'atrophie de la glande et arrêter les récidives. Beatson conseille de faire l'ophrectomie chez les malades jeunes. En 1896 (2), il avait fait deux fois cette opération avec des résultats médiocres. Cette conception me paraît tout à fait étrange, car il n'est pas rare que des cancers très malins se développent chez des femmes dont les ovaires sont depuis longtemps atrophies.

Les règles que j'ai données pour les tumeurs primitives sont absolument applicables aux récidives. Tant que celles-ci sont opérables, il faut les opérer s'il n'y a pas de signe de généralisation. Il faut s'acharner après ces récidives, car il y a des cas où l'on a obtenu des guérisons durables après plusieurs opérations successives (3).

Il me reste à indiquer les résultats généraux du traitement chirurgical du cancer du sein. Voici un tableau où j'ai réuni, en 1891, les résultats des principales statistiques.

NOMS DES AUTEURS.	NOMBRE DES CAS.	GUÉRIS DEPUIS PLUS DE TROIS ANS.		GUÉRIS DEPUIS PLUS DE DEUX ANS.	
		Nombre.	Pour 100.	Nombre.	Pour 100.
Winiwarter . . . . .	170	9	4,7	19	11,2
Henry . . . . .	149	15	9,0	15	10,0
Oldekop . . . . .	196	23	11,7	27	13,7
Sprengel . . . . .	151	15	11,0	21	16,0
Estlander . . . . .	»	»	20,0	»	»
Banks . . . . .	46	7	15,0	»	»
Hildebrand . . . . .	102	23	22,5	30	29,4
H. Schmid . . . . .	95	20	21,5	28	26,4
J. Rotter . . . . .	107	15	12,1	18	16,8
Fink . . . . .	115	21	16,7	31	21,6
Gross . . . . .	»	»	19,44	»	»
Cazin . . . . .	102	15	14,7	»	»

On y voit combien les résultats se sont progressivement améliorés, surtout depuis qu'on a posé en principe la nécessité du curage axillaire. Depuis cette époque, d'importantes statistiques ont été publiées dont les résultats sont assez concordants. Weis compte 20 pour 100 de malades guéris depuis plus de trois ans, Horner 19,4 pour 100; Dennis 25 pour 100; Bull 26,6 pour 100; Cabot 20 pour 100; Colin Warren 27 pour 100. On voit donc que l'opération bien faite donne des guérisons durables à peu près dans un quart des cas.

Les résultats seraient sans doute encore plus beaux si la sécurité opératoire

(1) WILLY MEYER, *New-York med. Record*, 1894, t. XLVI, p. 147.

(2) BEATSON, *Lancet*, t. II, p. 104.

(3) On a tenté divers traitements jusqu'à présent sans succès pour les cancers inopérables. Les inoculations d'érysipèle n'ont jamais guéri un seul carcinome, mais en revanche elles ont tué au moins une malade. — L. FLEICHENFELD, *Arch. für klin. Chir.*, t. XXXVII, p. 854. — Les injections de pyocétanine préconisées récemment par Moseitig n'ont pas tenu ce qu'elles avaient paru promettre.

actuelle n'avait pas forcément conduit à reculer de plus en plus la limite de l'opérabilité, c'est-à-dire à opérer des cas très avancés qu'on n'aurait pas opérés autrefois.

On voit donc qu'à l'heure actuelle il est antiscientifique de mettre en doute la possibilité de guérir chirurgicalement le cancer du sein. On n'a plus le droit de dire ce que cependant on répète souvent : « les cancers, on les opère, mais on ne les guérit pas ». La doctrine consolante de la curabilité opératoire du cancer du sein est établie sur des bases scientifiques indiscutables.

Il me reste à indiquer quels sont les résultats du traitement opératoire dans les cas où l'on n'obtient pas de guérison durable. Eh bien, même dans ces cas, le bénéfice est indiscutable. Broca estimait à six mois le prolongement de la vie dû à l'opération. Monod l'estime à dix mois. Gross arrive au même chiffre, d'autres également. D'après Sibley (1), la durée de la vie après le début du mal est de trente-deux mois pour les non-opérés et de 55 pour les opérés. D'après Williams (2), elle est de 44,8 mois pour les non-opérés et de 60,8 pour les opérés. Sous une autre forme, Fink nous dit : dans la quatrième demi-année qui suit le début du mal, on trouve pour les non-opérés 72,2 pour 100 de morts, et 27,6 pour 100 de vivants; au contraire, parmi les opérés, 53,9 pour 100 de morts et 46 pour 100 de vivants. Le bénéfice de l'opération est donc très manifeste, et l'augmentation de la durée de la vie due à l'opération est de 16 à 21 mois.

## CHAPITRE X

### TUMEURS DE LA RÉGION MAMMAIRE

J'étudierai brièvement, sous ce titre, certaines tumeurs qui se développent dans la région de la mamelle, mais non dans la glande elle-même.

*Épithéliomes d'origine cutanée.* — Les épithéliomes cutanés sont très rares à la région mammaire. On en a observé quelques cas dans le sillon thoraco-mammaire à la suite d'intertrigo chez les femmes à mamelles lourdes et pendantes. Richet (3), Winiwarter (4), ont rapporté chacun un cas de ce genre. Mayor et Quénu (5) ont étudié un cancroïde développé sur une cicatrice de brûlure. Mais le plus grand nombre des épithéliomas cutanés ont été observés au pourtour du mamelon ou de l'aréole et sont en rapport direct avec « la maladie de Paget » que j'ai étudiée ailleurs. Hanser (6) a soigneusement étudié ces faits.

On s'est demandé si, dans un certain nombre de cas décrits comme « squirrhés en cuirasse », il ne s'agissait pas d'épithéliomes cutanés. On ne peut affirmer le

(1) SIBLEY, cité par Williams.

(2) WILLIAMS, *Lancet*, 1889, t. II, p. 72.

(3) RICHEL, *Gaz. des hôp.*, n° 122, 1885.

(4) WINIWARTER, *loc. cit.*

(5) MAYOR et QUÉNU, *Revue de chir.*, 1881, obs. 4, p. 990.

(6) HANSER, Thèse de Heidelberg, 1886. — Dans cette thèse, d'ailleurs très soignée, certaines observations françaises sont critiquées avec une âpreté qui prouve seulement que l'auteur n'est pas au courant de notre terminologie.