

*bonne heure, avant que le carcinome ait affecté les ganglions lymphatiques. D'autre part un certain nombre de malades n'offrent pas de récurrence après l'opération.*

Les **récidives** à la suite d'opérations de tumeurs peuvent se développer dans le voisinage de l'ancienne plaie opératoire, comme conséquence de restes du néoplasme qui n'ont pas été extirpés (récidives par continuité), ou bien la récurrence se fait au niveau de la cicatrice ou dans son voisinage au bout d'un temps variable, quelquefois seulement au bout d'un temps très long (récidives régionales). Une partie des cas de récurrences dites régionales sont en réalité des récurrences par continuité. Dans une de mes observations la malade aperçut 6 mois après l'opération un tout petit nodule du volume d'une tête d'épingle; ce nodule resta 3 ans dans ce même état, et commença alors à s'accroître très lentement. Cependant la majorité des récurrences doivent être considérées comme une reproduction de la tumeur à la place de l'ancienne et indépendamment de cette dernière. On observe, en outre, des récurrences dans les ganglions lorsqu'ils n'ont pas été extirpés parce qu'on ne le croyait pas atteints, alors qu'ils contenaient déjà des germes du néoplasme (récurrences par infection). Enfin nous devons encore mentionner les métastases.

Pour pouvoir affirmer qu'un malade n'a plus à craindre de voir sa tumeur récidiver, il importe tout d'abord de savoir à quelle époque les récurrences surviennent habituellement. Dans la grande majorité des cas elles se montrent de bonne heure (jusqu'à 6 1/2 mois d'après COOKE). WINIWARTER a trouvé que la plupart des récurrences se font dans les trois premiers mois (82, 4 pour 100). Cependant on voit aussi survenir beaucoup plus tard, jusqu'à 3 1/2 ans après l'opération, et même, d'après mes observations, au bout de 4 ans, des récurrences qu'on ne peut considérer comme régionales, mais qu'on doit faire rentrer dans le groupe des récurrences par continuité et par infection. Par conséquent, si au bout d'une année on n'observe aucune trace de récurrence, on peut espérer que le malade en sera épargné; au bout de 3 ans le résultat négatif de l'examen de la malade est une garantie presque certaine que le carcinome ne récidivera pas. Il est vrai, cependant, qu'on voit quelquefois, au bout de 8 à 10 ans et même davantage, un nouveau carcinome se développer au niveau de la cicatrice ou dans l'autre sein.

Les grandes statistiques qui ont été publiées, dans ces derniers temps, sur les tumeurs en général et les carcinomes du sein en particulier (v. WINIWARTER-BILLROTH, OLDEKOP-ESMARCH-HENRY-BRESLAU-FISCHER-SPRENGEL, VOLKMANN), n'ont fait que confirmer ce que nous avons admis en nous basant sur les observations d'un seul auteur: un certain nombre de carcinomes du sein peuvent être guéris définitivement par voie opératoire. En outre les cas les plus favorables sont ceux dans lesquels l'opération a été faite de bonne heure, avant l'infection des ganglions de l'aisselle. La forme particulière du carcinome ne joue pas

ici un rôle important. Nous accordons volontiers que le pronostic soit meilleur pour les tumeurs qui s'accroissent lentement; cependant nous avons vu chez des femmes âgées la guérison persister pendant de longues années après l'extirpation de carcinomes alvéolaires volumineux, de consistance molle et à développement rapide. L'affection des ganglions aggrave notablement le pronostic. Cependant nous devons faire observer que la statistique de ces cas tendra sans doute à s'améliorer dans la suite, lorsqu'elle sera basée sur un nombre considérable d'opérations dans lesquelles, au lieu d'enlever les ganglions isolément, on aura extirpé tout le tissu adipeux de l'aisselle en même temps que les ganglions. La fonte putride de la tumeur n'est point une contre-indication à l'opération. Un de mes cas les plus anciens de guérison est celui d'une dame qui m'avait été envoyée dans un état tout-à-fait défavorable de cachexie cancéreuse à la suite d'un carcinome en voie de décomposition putride.

Voici ce que nous ont appris les grandes statistiques mentionnées plus haut: Si l'on considère 3 ans comme la limite du temps après lequel la tumeur ne se reproduit pas, on trouve que 9 pour 100 environ des opérées restent exemptes de récurrence. Si l'on réunit à part les cas dans lesquels, outre le carcinome du sein, on a encore enlevé les ganglions de l'aisselle, le pronostic devient sensiblement plus mauvais, car 6 pour 100 seulement sont restés sans récurrence. Par contre on a obtenu 12 pour 100 de guérison définitive dans les cas où l'opération a été pratiquée avant que les ganglions de l'aisselle fussent malades. Nous croyons que ces résultats doivent nous encourager à agir comme nous l'avons fait jusqu'à présent, c'est-à-dire à opérer toutes les fois que nous espérons pouvoir enlever toutes les parties malades. Car, bien que nous ne puissions sauver que 5 à 6 pour cent des opérées chez lesquelles les ganglions de l'aisselle ont été aussi extirpés, bien que, d'autre part, dans ces cas la mortalité du fait de l'opération soit sensiblement supérieure à ce qu'elle est lorsque la tumeur du sein a été seule extirpée, cependant il nous semble qu'en considération de la mort certaine à laquelle sont vouées les malades non opérées, nous sommes parfaitement autorisés et même tenus à tenter l'opération.

Si nous sommes bien convaincus de la supériorité du pronostic des opérations faites de bonne heure, et si, d'autre part, nous nous rappelons ce que nous avons dit au sujet du diagnostic, nous devons parfois nous décider à opérer dans des cas où l'on n'est pas tout à fait sûr qu'il s'agit vraiment d'un carcinome et non pas d'une tumeur relativement bénigne; car si l'on diffère l'opération pour se contenter de frictions avec des pommes, il peut arriver qu'à la prochaine consultation on constate ce que l'on redoutait, à savoir l'engorgement ganglionnaire. Le diagnostic de la tumeur est alors devenu plus sûr, mais le pronostic des suites de l'opération est d'autant plus mauvais.

Cependant, pour trancher avec discernement la question de l'inter-

vention opératoire, nous devons connaître les chances que l'opération fait courir à la malade. La **mortalité** à la suite des opérations de carcinomes du sein n'est évidemment pas très élevée. D'après BUROW, beaucoup de chirurgiens auraient été assez heureux pour ne pas perdre une seule malade sur près de 200 opérées ; mais nous ne pouvons croire à un si beau résultat. En effet, d'après diverses statistiques la mortalité serait de 5 à 7 pour 100. Tel est le résultat que l'on obtient en opérant avec la méthode antiseptique, ainsi qu'il convient de le faire toujours ; d'après les dernières publications à ce sujet la mort doit être considérée comme une exception à la suite de simples amputations du sein. Par contre la mortalité est d'environ 10 pour 100 lorsque les ganglions de l'aisselle ont dû être extirpés sur une grande étendue. Les femmes qui courent le plus de dangers sont celles qui ont des seins très volumineux et un tissu adipeux abondant, surtout lorsqu'elles sont arrivées au delà de la 60<sup>e</sup> année. Les malades succombent alors parfois à un phlegmon septique ou aux conséquences de la ligature des veines ; quelquefois aussi, sans que l'on ait fait des ligatures, les veines deviennent le siège de thrombus aseptiques, lesquels sont le point de départ d'embolies de l'artère pulmonaire. Mais la plupart des cas de mort sont dus à l'**érysi-pèle**, qui se développe quelquefois, même sous le pansement de Lister.

Ainsi que nous l'avons déjà énoncé plusieurs fois dans le cours de cet ouvrage à propos des opérations de tumeurs, les récidives régionales sont d'autant plus rares qu'une épaisseur plus grande de tissus sains a été enlevée avec le néoplasme ; en outre elles sont moins à craindre lorsqu'on enlève en entier l'organe ou la glande qui est le siège de la tumeur. Ces principes nous devons les appliquer aussi aux carcinomes de la glande mammaire, et nous pensons que l'amputation du sein est la seule opération que l'on soit autorisé à faire dans ces cas. Cependant il n'est pas douteux que par l'extirpation partielle on ait obtenu quelquefois des guérisons de longue durée ; ainsi j'ai enlevé le sein gauche d'une femme, à laquelle, sept ans auparavant, mon prédécesseur SIMON avait fait l'extirpation partielle du sein droit pour un carcinome.

Dans le cours des dernières années on a de plus en plus étendu l'opération aux ganglions de l'aisselle pour toutes les tumeurs malignes du sein. C'est GUSSENBAUER qui a érigé le premier en principe que dans toute opération de carcinome on devrait extirper les ganglions lymphatiques de la région correspondante, puis KÜSTER insista surtout sur l'importance de l'extirpation des ganglions de l'aisselle dans tous les carcinomes de la glande mammaire. Pour ce qui concerne les ganglions axillaires, le principe posé par ces chirurgiens est justifié en ce sens que souvent, chez les individus gras principalement, il est difficile de reconnaître si ces glandes sont augmentées de volume et infiltrées d'éléments cancéreux. Le chirurgien suffisamment maître de la méthode antiseptique sera d'autant plus autorisé à extirper le paquet glandulo-adipeux de l'aisselle, même en l'ab-

sence de tuméfaction constatée des ganglions, que l'on sait maintenant que l'infection de ces derniers survient souvent déjà de très bonne heure, et que le pronostic direct de l'opération n'est pas sensiblement aggravé du fait de cette extirpation. Mais comme les opérations de carcinomes du sein sont pratiquées aussi par des médecins peu exercés, nous sommes d'avis que ces derniers feraient mieux de n'extirper les ganglions de l'aisselle que dans les cas où ils sont manifestement engorgés, car l'incision de l'aisselle, si elle n'est pas pratiquée selon toutes les règles de l'antisepsie, aggrave notablement le pronostic de l'opération ; il importe, en effet, assez peu que l'une ou l'autre malade reste plus longtemps à l'abri de la récidive, grâce à l'opération combinée, si d'autre part un plus grand nombre d'opérées succombent aux conséquences directes de l'intervention chirurgicale.

Après avoir ainsi déterminé le moment le plus favorable pour l'opération, nous devons tracer les limites dans lesquelles elle paraît pouvoir être encore exécutée. Nous avons vu que le pronostic des suites de l'opération est beaucoup plus mauvais dans les cas d'infiltration ganglionnaire ; néanmoins nous conseillons d'opérer tant qu'il est encore possible d'enlever toutes les parties malades. Dans plusieurs cas tout à fait graves dans lesquels j'avais dû enlever des ganglions à une grande profondeur au-dessous du grand pectoral, la malade est restée pendant 3 ou 4 ans exempte de récidives, jouissant d'une bonne santé et menant une existence heureuse (voir plus haut). L'espoir d'obtenir un aussi bon résultat diminue beaucoup lorsque les ganglions infiltrés sont nombreux, et que l'infection a gagné les ganglions de la région sus-claviculaire ; tout espoir disparaît lorsque le paquet ganglionnaire a contracté des adhérences étendues avec les vaisseaux et les nerfs, et qu'à la suite de ces adhérences la malade accuse des douleurs névralgiques et présente des phénomènes de stase dans le membre correspondant. L'extension de la tumeur d'une manière diffuse à la peau, aux muscles intercostaux et et aux côtes, ainsi que les métastases, sont aussi une contre-indication à l'opération ; il n'en est plus de même de la **fonte putride** du carcinome. Précisément dans ce dernier cas on obtient parfois de brillants résultats, du moins pour un certain temps, à condition toutefois qu'il n'existe pas une des contre-indications que nous venons d'énumérer.

Quant aux **squirres à accroissement lent, chez les femmes âgées**, il est préférable de ne pas les opérer. Il ne peut être question de leur extirpation que dans le cas où ils causent de vives douleurs. Après 65 ans les opérations de cette importance sont souvent si mal supportées que, vu la longue durée du cancer atrophique, il vaut mieux renoncer à une intervention opératoire.

§ 75. — **L'extirpation des tumeurs du sein** ne diffère en rien de celle des néoplasmes d'autres régions. La tumeur est saisie et attirée avec la main de façon à tendre la peau ; puis on fait une incision dépassant