

culiniques cutanées. D'ailleurs le fait a été confirmé par les recherches expérimentales de M. M. Valtis et Saenz, au laboratoire de M^r Calmette. Ici l'intra-dermo-réaction s'est montrée constante chez le cobaye inoculé par voie sous-cutanée avec le B. C. G.

Dans ces conditions, comment peut-on interpréter les cas où, chez le nourrisson, la cuti-réaction demeure négative; et de même comment peut-on comprendre la variabilité du délai d'apparition de la réaction?

Il est probable qu'il existe des variations dans l'absorption intestinale du B. C. G. En effet, d'après certaines observations de Weile-Hallé, de Parigot, de Walgreen, l'injection sous-cutanée du B. C. G. provoque la cuti-réaction dans tous les cas et après un temps sensiblement constant, qui gravite autour de 4 à 6 semaines. Cependant il est permis de supposer que pour un certain nombre d'enfants, le B. C. G. a donné lieu à une réaction trop éphémère pour que l'observateur ait pu la surprendre.

Quant à la signification des faits positifs, c'est-à-dire de la cuti-réaction elle-même, elle a été l'occasion de controverses multiples: pour certains elle traduit l'immunisation, d'où il résulterait que, lorsqu'elle est absente ou lorsqu'elle disparaît après avoir existé, l'on peut constater l'existence d'immunité.

Calmette a rassemblé une série d'arguments qui tendent à prouver qu'il n'en est pas ainsi: la cuti-réaction témoignerait seulement de la présence du germe, et ne traduirait nullement son action immunisante; il n'y aurait aucune assimilation à établir entre allergie et immunité. Nous ne nous proposons pas d'entrer dans cette discussion. Nous avons seulement voulu faire connaître les faits personnels, qui, relevés dans des conditions les garantissant contre toute cause d'erreur, attestent le pouvoir allergisant du bacille B. C. G., tout en laissant encore dans l'ombre la raison des variations de cette propriété.

ΙΑΤΡΙΚΗ.—Chirurgie et radium dans le cancer du col de l'utérus,

par M. J. L. Faure.

Je ne saurais mieux faire que de m'associer aux paroles si parfaites que vient de prononcer mon ami M. Léon Bernard pour vous remercier du grand honneur que vous m'avez fait en m'invitant à venir m'asseoir au milieu de vous.

Il n'est pas aujourd'hui de question plus passionnante, ni plus difficile que celle du traitement du cancer du col de l'utérus.

C'est qu'en effet, dans le cancer du type léiodermique, où les conditions anatomiques en rendent l'application relativement facile, les résultats donnés par le radium ont paru, dès le début, si beaux qu'un mouvement universel s'est dessiné en sa faveur et qu'il a fallu aux chirurgiens beaucoup de courage et beaucoup de conviction pour résister à ce courant.

Je suis de ceux qui ont eu ce courage et cette conviction, et c'est pourquoi je viens ici, en toute simplicité vous dire quelle est aujourd'hui mon opinion sur cette question difficile. Elle est d'ailleurs encore en évolution et nul d'entre nous ne sait ce que lui réserve demain.

L'opération est parvenue à un degré de perfection et de bénignité qu'elle ne dépassera plus, sauf quand nous posséderons un vaccin préopératoire qui nous mettra sûrement à l'abri des complications infectieuses. Le radium, au contraire, n'a pas dit son dernier mot: les ressources en radium deviennent de plus en plus grandes, les effets de l'association avec la Röntgen—thérapie se précisent chaque jour, la technique se perfectionne et il n'est pas douteux que les résultats de la Curithérapie s'amélioreront encore, alors que l'opération, entre les mains de chirurgiens expérimentés, ne donnera pas mieux que ce qu'elle donne aujourd'hui.

En attendant, il faut choisir. Or je sais ce que donne l'opération—je le sais par ce que je vois.—Je ne sais pas ce que donne le radium, parce que ce que je vois est en contradiction avec les statistiques innombrables qui se publient de toutes parts et qui en paraissent montrer les résultats sous un jour plus favorable qu'ils ne le sont en réalité. J'ai fait faire par des radiumlogistes ou j'ai fait dans mon service beaucoup d'applications de radium depuis une vingtaine d'années. J'ai un nombre infime de guérisons. Il est vrai que je ne traite ou fais traiter par le radium que de mauvais cas, puisque j'opère les autres, les bons ou même les médiocres. Il n'est pas douteux que les mauvais résultats obtenus tiennent en grande partie à cette particularité, la presque totalité des bons cas étant ainsi enlevés au radium, qui ne garde que les mauvais.

Je vois publier de tous côtés des statistiques donnant des chiffres de 20-30-40% de guérisons par le radium et même davantage.

Si je m'en tiens aux chiffres de Regaud, le maître incontesté de la

Curithérapie et qui a apporté dans ces études une conscience, une ténacité, un dévouement, un esprit de méthode et de précision auquel on ne saurait trop rendre hommage, le pourcentage global des guérisons après 5 ans serait d'environ 25%. Il s'améliore d'ailleurs sans cesse et pour les bons cas monterait jusqu'à 40% environ.—Ce sont des chiffres, et même de beaux chiffres, et c'est eux que pour le moment j'adopterai—bien que sur mes malades je ne les aie, et de beaucoup, jamais constatés. A côté de ces chiffres que donne la chirurgie? Ici je le sais, parce que je l'ai vu; j'entends la chirurgie bien faite, l'Hystérectomie abdominale large, pratiquée comme elle doit l'être, c'est-à-dire suivant la technique précise sur laquelle je ne puis insister ici, mais que tous les gynécologues peuvent appliquer s'ils veulent bien se donner la peine de l'étudier.

Il y a quelques années l'opération était grave, la mortalité faisait reculer beaucoup de chirurgiens. Aujourd'hui cette question n'existe plus si l'on veut bien employer d'une façon systématique le tamponnement à la Mickulicz que j'ai recommandé il y a quelques années, et qui, après des discussions passionnées et une opposition ardente, se répand aujourd'hui dans le monde entier—si l'on veut bien, dis-je, employer la Mickulicz dans tous les cas sans exception, la mortalité tombera aux chiffres des l'hystérectomie commune pour fibromes ou Salpingites soit 5% environ. Elle n'est plus l'obstacle terrible d'autrefois et nous n'avons plus à compter maintenant qu'avec les résultats.

D'après mon expérience, qui date aujourd'hui de 33 ans, car j'ai fait ma première hystérectomie abdominale pour cancer du col en 1896, voici quels sont ces résultats:

Ils varient naturellement avec l'état de la maladie et l'extension des lésions. Dans les bons cas—cas au début—cas très mobiles, sans extension au périmètre—mais très souvent avec végétations qui font partie des bons cas et ne laissent que des lésions légères, presque toutes les malades restent guéries d'une façon définitive, 70, 80% et même davantage. Le cancer du col de l'utérus est le meilleur et le plus curable des cancers.

Beaucoup de radiumthérapeutes le reconnaissent et Regaud lui-même conseille bien souvent de traiter par la chirurgie les cancers au début.

Donc, ici, il n'y a aucun doute.—Les cancers du col au début doivent être traités par la chirurgie—J'entends par l'hystérectomie abdominale large, convenablement exécutée.

Dans les cas plus anciens, d'extension un peu plus large, de mobilité douteuse, les résultats donnés par l'opération sont bien moins satisfaisants et je ne pense pas qu'ici les guérisons dépassent 30%. Nous retombons ici dans les chiffres que donne le radium — si un chirurgien expérimenté peut entreprendre l'opération je comprends bien que beaucoup préfèrent le radium.

Ici se pose une question très importante mais que je ne puis qu'effleurer ici; celle de l'association du radium et de l'opération; je ne puis cependant m'empêcher d'en dire ce que j'en pense.

Pendant dix ans, de 1910 à 1920, j'ai fait appliquer du radium à toutes mes opérées de la ville, n'ayant pas, à cette époque de radium dans mon service d'hôpital.

Résultat: Les malades irradiées ont récidivé dans une proportion beaucoup plus forte que celles qui avaient été traitées par l'opération seule: 50% au lieu de 32.

J'ai pensé à ce moment—et je l'ai dit—que si le radium avait le pouvoir de détruire les cellules cancéreuses, il avait aussi dans certaines conditions de distance, la propriété de les exciter. Cette opinion a été adoptée par beaucoup de radiumlogistes: quand le radium ne guérit pas, il peut aggraver—et il aggrave souvent. Et nous voyons aujourd'hui, assez souvent, des récidives formidables et des métastases que nous n'observions jamais autrefois.

Beaucoup de chirurgiens préconisent l'application préopératoire de radium.—Elle a en effet le grand avantage de nettoyer merveilleusement les cols les plus malades et les plus végétants—et c'est un avantage indéniable.

Mais je ne vois pas pourquoi, malgré tous les raisonnements, si le radium postopératoire peut être nuisible par excitation des éléments cancéreux, il ne le serait pas sur les mêmes éléments soignés quand il est appliqué avant l'opération.

Personnellement j'ai observé des métastases dans la cuisse, dans le cerveau dans le sternum et c'est pourquoi je pense que lorsqu'on pourra se passer de cette application préopératoire, cela vaudra mieux. Je l'accepterai cependant dans quelques cas exceptionnels et je la pratique. Mais à condition d'exécuter l'opération dans le mois ou les six semaines qui suivent. Plus tard quand le radium a produit ses effets de sclérose l'opération devient mauvaise et presque impraticable.

Enfin dans les cas mauvais, l'opération donne des résultats infiniment moins bons que le radium. Les guérisons sont exceptionnelles quand l'utérus est immobile quand les périmètres sont infiltrés—il faut délibérément renoncer à l'opération—il faut employer le radium. Il améliorera presque toutes les malades, il donnera des résultats presque merveilleux, des guérisons de 2, 3 et 4 ans, parfois même des guérisons définitives et je connais un cas de 15 ans, mon plus beau cas! On peut toujours espérer et, chez ces malheureuses, l'espoir, c'est déjà beaucoup.

Messieurs, je me résume et telle est aujourd'hui ma façon de penser.

Pour les cas au début, très mobiles—car c'est la mobilité qui prime tout—il faut opérer! L'opération donne des résultats merveilleux et qui jusqu'ici me paraissent très supérieurs à ceux que donne le radium.

Dans les cas douteux—à mobilité limitée, lorsqu'on est sûr que cette limitation n'est pas due à des lésions inflammatoires, ce qui est assez commun—la décision doit dépendre avant tout de l'expérience du chirurgien. Mais dans les cas ordinaires, je comprends très bien que la plupart donnent la préférence au radium.

Dans les cas mauvais, immobiles, inopérables, du radium, du radium et encore du radium.

Mais il faut regarder plus haut et plus loin! Ce que nous voyons, ce que nous savons, ce qui est certain, c'est que, que ce soit par le radium ou par la chirurgie, le cancer du col au début guérit presque toujours. C'est là qu'est l'avenir, c'est là qu'est la solution bienfaisante.—C'est par l'instruction des malades, c'est par l'instruction des médecins, dont beaucoup sont encore, sous ce rapport presque aussi ignorants que les malades; c'est par la diffusion de ces idées que nous arriverons peu à peu à observer les femmes dans des conditions meilleures, et, quand elles viendront se présenter à leur médecin dans les premières semaines, au début de leur mal—quand elles sauront toutes que le cancer ne fait pas souffrir, que quand la douleur apparaît, il est trop tard, et qu'au premier signe suspect, il faut aller demander un examen; alors, que ce soit par le radium ou par la chirurgie, nous les sauverons presque toutes et le cancer du col de l'utérus, considéré comme incurable au temps de ma jeunesse, sera rayé du nombre des maladies qui faisaient autrefois et qui font encore trop souvent le martyr des malades et le désespoir des médecins.
