

**Sur le traitement electro-chirurgical du cancer d'après le docteur de Keating-Hart / par Frederich Necker.**

**Contributors**

Necker, Friedrich.  
Royal College of Surgeons of England

**Publication/Creation**

Marseille : Impr. provençale, 1908.

**Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/eu3cqwm>

**Provider**

Royal College of Surgeons

**License and attribution**

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. Conditions of use: it is possible this item is protected by copyright and/or related rights. You are free to use this item in any way that is permitted by the copyright and related rights legislation that applies to your use. For other uses you need to obtain permission from the rights-holder(s).



Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>

13  
Extrait de la **Wiener Medizinischen Wochenschrift**

(N° 19-20 — 1908)

21

# Sur le Traitement Electro-chirurgical du Cancer

d'après le Docteur de KEATING-HART

PAR

Le Docteur Frederich NECKER (de Vienne)

Assistant du Professeur ZUCKERKANDL

*D'après le compte-rendu fait à l'Association Impériale et Royale  
des Médecins de Vienne, le 3 Avril 1908*

MARSEILLE

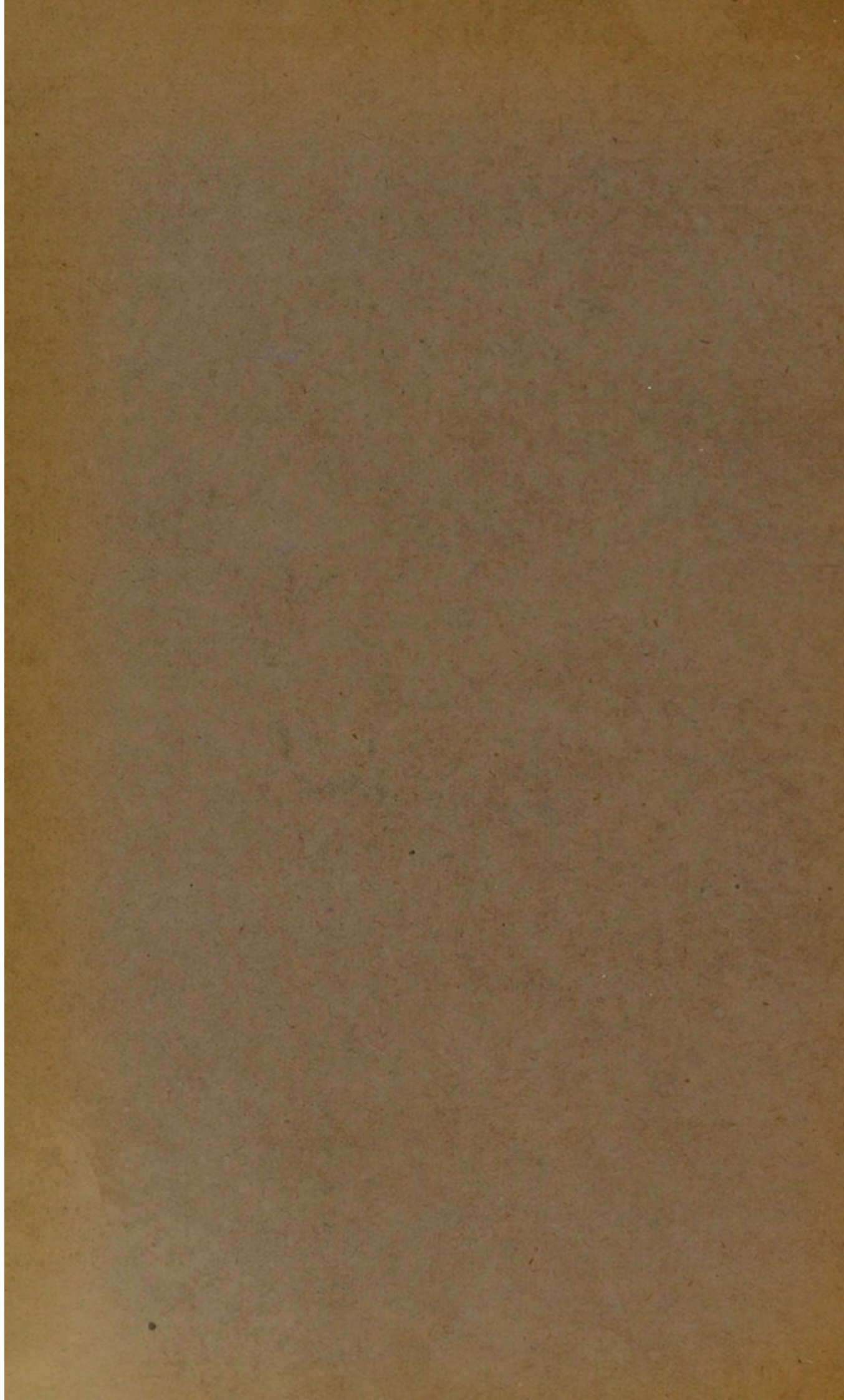
IMPRIMERIE PROVENÇALE (Anc. Etablis. J. Guiraud & Cie)

7, Quai du Canal, 7

1908









Extrait de la **Wiener Medizinischen Wochenschrift**  
(N° 19-20 — 1908)

---

# Sur le Traitement Electro-chirurgical du Cancer

d'après le Docteur de KEATING-HART

PAR

Le Docteur **Frederich NECKER** (de Vienne)

Assistant du Professeur **ZUCKERKANDL**

---

*D'après le compte-rendu fait à l'Association Impériale et Royale  
des Médecins de Vienne, le 3 Avril 1908*

---

MARSEILLE

IMPRIMERIE PROVENÇALE (Anc. Etablis. J. Guiraud & Co)

7, Quai du Canal, 7

1908



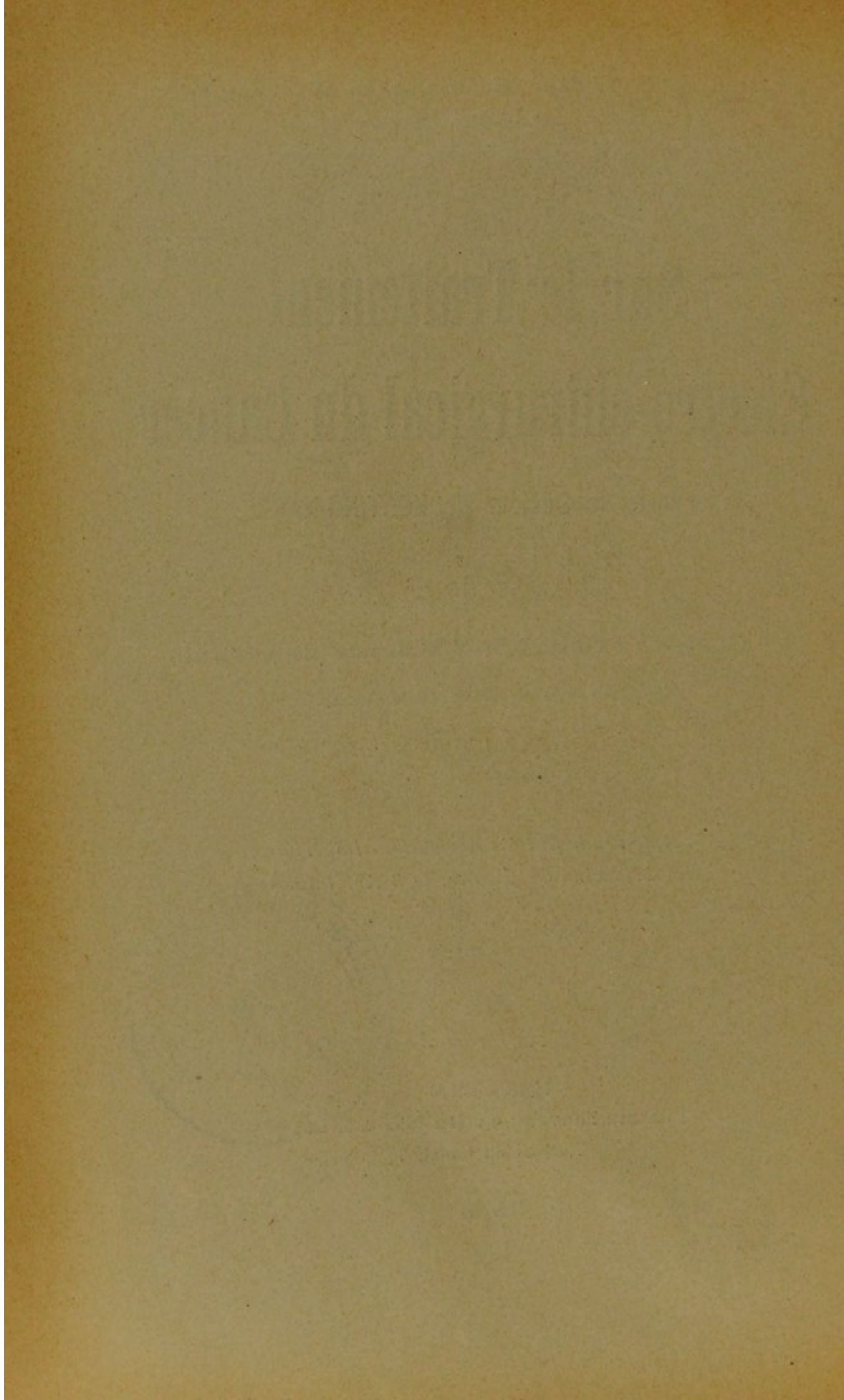






Fig. N° 1

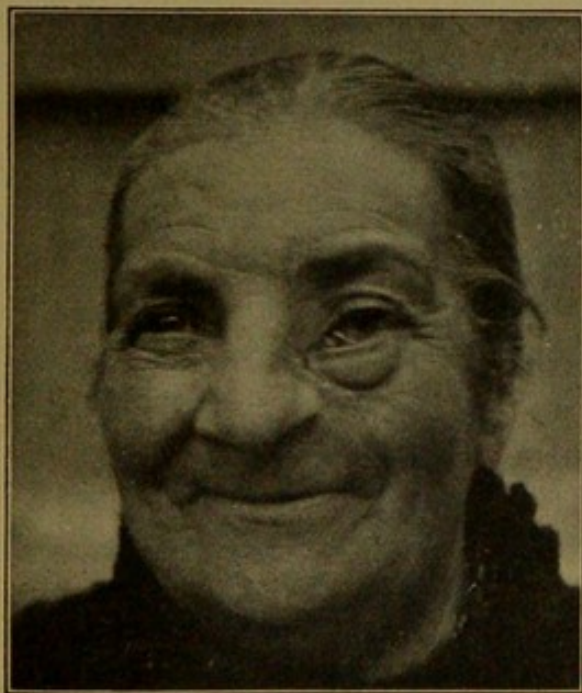


Fig. N° 2





Extrait de la **Wiener Medizinischen Wochenschrift**

(N° 19-20 — 1908)

# Sur le traitement électro-chirurgical du Cancer

d'après le Docteur de KEATING-HART

PAR

Le Docteur Frederich **NECKER** (de Vienne)

Assistant du Professeur ZUCKERKANDL

*D'après le compte-rendu fait à l'Association Impériale et Royale  
des Médecins de Vienne, le 3 avril 1908*

Dans ces derniers temps les travaux de Czerny à Heidelberg et des professeurs Benckiser et Krumm de Karlsruhe appelèrent l'attention sur une méthode de traitement du cancer, qui est pratiquée à Marseille depuis à peu près 3 ans par le docteur de Keating-Hart. Ces publications et surtout un rapport officiel à l'Académie de Médecine de Paris par le gynécologiste renommé Pozzi, présentant la fulguration comme un progrès assuré dans le traitement du cancer, je me décidais à me rendre le mois dernier à Marseille pour apprendre cette méthode chez le docteur de Keating-Hart lui-même. Le docteur de Keating-Hart mit de la façon la plus gracieuse à ma disposition son matériel, les observations de ses malades, les pièces d'histologie pathologique et les photographies.

A lui et à son colloborateur chirurgical, Monsieur le docteur Juge, chirurgien des hôpitaux de Marseille, j'exprime à cette place mes remerciements les plus cordiaux pour la franchise et l'objectivité avec laquelle ils se sont efforcés de me démontrer les avantages et la technique du procédé, car grâce à leurs prévenances j'ai pu pendant les 12 jours que je suis resté à Marseille, examiner à plusieurs reprises une trentaine



de malades antérieurement traités, assister à neuf opérations, et prendre part moi-même à plusieurs d'entre elles.

Cette méthode a pour base les courants Tesla, de haute fréquence et de haute tension que d'Arsonval a introduits dans la thérapeutique.

En France : Rivière, Oudin, Bordier, puis en Allemagne : de Suchier, Strebel et enfin Freund à Vienne avaient appliqué ces courants au lupus et à l'épithélioma.

Les appareils employés par le docteur de Keating-Hart, sont identiques à ceux qui servent à la d'Arsonvalisation et peuvent par l'emploi simultané d'un inducteur (de 50 cm. au moins de longueur d'étincelle) de l'interrupteur de Wähnelt, être monté comme pour la röntgenthérapie, etc. (suit la description de l'instrumentation, qui ne diffère pas de celles précédemment faites).

Le docteur de Keating-Hart attache une grande importance au refroidissement de la gerbe d'étincelle. Effectivement l'action de l'étincelle chaude et de l'étincelle froide paraît être totalement différente comme on peut facilement s'en convaincre.

Si on laisse tomber les étincelles de l'électrode, sans aucun refroidissement, on détermine des brûlures typiques, avec perte de substance ; si au contraire on évite, comme le fait le docteur de Keating-Hart tout effet caustique, on obtient par l'application de l'étincelle une pâleur prononcée de la partie fulgurée, véritable ischémie, et si l'on prolonge l'action, de la nécrose. Dans les opérations, auxquelles j'ai assisté je n'ai jamais constaté d'effet caustique sur des plaies fulgurées. En revanche elles saignent moins ; la couleur de la graisse, de la peau, des muscles et du sang paraît particulièrement modifiée, et ces tissus ne tardent pas à prendre une teinte brun sombre.

Les tissus pathologiques réagissent autrement que le tissu sain ; ils changent de consistance, deviennent plus souples, plus élastiques. Je n'ai pu constater à aucun moment la formation d'escharres, et l'odeur typique de tissu brûlé, qui ne manquerait pas d'apparaître, si le refroidissement faisait défaut.



Comme les effets de la fulguration ne se font pas sentir profondément, comme de plus l'application de l'étincelle est très douloureuse et n'est possible que sous anesthésie complète (l'emploi de l'éther et du chlorure d'éthyle doit être soigneusement évité à cause du danger d'explosion) la destruction d'une tumeur un peu volumineuse, par la fulguration seule, n'est pas applicable dans la pratique ; c'est pour cela que le docteur de Keating-Hart se débarrasse par une opération chirurgicale de tous tissus malades et fulgure ensuite la surface de la plaie, ainsi créée, surtout aux points où la récurrence a le plus de chance de se produire.

Cette combinaison de l'action chirurgicale et de l'action de l'étincelle de haute fréquence, ainsi que l'emploi du refroidissement systématique de celle-ci, qui n'agit pas, par conséquent comme caustique, mais en vertu de son activité propre, est le principe de la méthode du docteur de Keating-Hart. Ces applications et ces effets doivent être d'ailleurs décrits prochainement.

Voici par exemple, un cas qui pourrait donner une idée du procédé. Il s'agit d'un homme de 54 ans (*f<sup>o</sup>. 166*) qui remarqua pour la première fois, il y a deux ans, sur l'aile gauche du nez, une ulcération qui augmenta lentement et qui ayant été opérée, récidiva 3 mois après. Au moment où nous vîmes le malade, il existait un épithélioma d'environ 6 centimètres de longueur sur 3 de largeur, aux bords calleux, durs et saignant facilement. A ce moment l'ulcération couvrait l'aile gauche du nez et une partie de la joue, et la lèvre gauche supérieure. Le docteur de K.-H. fulgura (promenant rapidement l'électrode et ne s'arrêtant jamais longtemps à la même place), toute la surface ulcérée et les tissus limitrophes (cet acte préparatoire dure selon l'étendue de la surface traitée de 5 à 10 minutes). L'ulcération qui saignait assez fortement, ne tarda pas à prendre une coloration brune, à apparence sèche, et donnant au toucher une sensation réelle de souplesse. La curette rencontrant moins de résistance put agir facilement et se débarrasser de la principale partie des



masses malades. Puis une collerette faite au bistouri à la limite des tissus apparemment sains, termina l'acte opératoire.

Dans ce cas l'exploration finale a une grande importance de façon à ce que s'il reste quelques noyaux isolés, ils soient extirpés.

Chez notre malade il résultait de l'opération une assez importante perte de substances intéressant le nez. A l'acte chirurgical, succéda une nouvelle et très importante fulguration du fond de la plaie. Celle-ci varie beaucoup. Selon les régions anatomiques où l'on opère, la nature de la lésion, la réaction des tissus à l'étincelle, il faut faire varier la longueur de l'étincelle elle-même, l'intensité du courant, la durée de l'application. C'est là une question très délicate surtout au voisinage des vaisseaux et du péritoine, que seul la pratique peut enseigner.

Dans ce cas particulier le malade n'accusa aucune douleur après l'opération, malgré la perte de substance qui fut créée, et put rentrer chez lui après 48 heures.

D'une façon générale les plaies sont pansées à plat, et peu de sutures sont faites.

J'ai pu faire plusieurs remarques, au cours même de l'opération, entre autres la réaction de la peau fulgurée, et l'hémostase réalisée à la surface de la plaie. Cette action hémostatique de l'étincelle facilite extraordinairement l'acte opératoire quand celui-ci porte sur l'utérus et le rectum.

De plus elle dispense le plus souvent du tamponnement. Pozzi fait ressortir cette caractéristique très heureuse pour le traitement du cancer de l'utérus. Moi-même ai pu me convaincre que des tumeurs primitivement dures sur lesquelles la curette n'avait aucune prise, se sont sensiblement ramollies du fait de la fulguration. Après l'opération s'est produit une sécrétion très abondante, à peine sanguinolente que le Docteur de K.-H. nomme lymphorrhée.

Desplats émet l'hypothèse que cette sécrétion est à même de déterminer l'expulsion des cellules cancéreuses infiltrées dans des tissus et dans les vaisseaux lymphatiques. Benckiser



et Krumm attribuent à la décongestion des tissus fortement infiltrés, les effets d'analgésie de la fulguration.

Il est un fait certain, c'est que tous les malades examinés par moi après l'opération n'accusaient aucune douleur.

Très importante encore est la rapidité de la cicatrisation des plaies ainsi traitées. Celles-ci guérissent comme si la fulguration détruisait les tissus malades et communiquait aux tissus sains une énergie nouvelle de prolifération.

Cet effet de rapide cicatrisation, se produit surtout après les opérations portant sur la face. La plupart des cas de ce genre, que j'ai vu chez K.-H. entraînèrent l'ablation de portions osseuses ; chez quelques-uns même, on dût pratiquer de sérieuses résections de l'os frontal et des cartilages du nez. Il est évident que de pareilles extirpations terminées sans suture ni autoplastie, ne se seraient que difficilement cicatrisées.

Or nous pûmes voir que peu de temps après s'était formé une cicatrice ferme, non adhérente et d'une excellente apparence esthétique. Je signale ici particulièrement l'*Obs. 148*, qui concerne un épithélioma exubérant et couvrant le côté gauche du nez, et bonne partie de la joue et de la paupière inférieure. Or vingt jours après l'extirpation de cette lésion, la vaste perte de substance qui en résultait, était réduite à une raie d'un centimètre de largeur d'un tissu d'un beau rose.

Tels sont les effets immédiats de la fulguration. Il est plus difficile de porter un jugement définitif, et d'interpréter la signification de la valeur des résultats consécutifs et éloignés, sans expérience personnelle.

Le docteur de Keating-Hart a remarqué par exemple, qu'il n'est pas rare de voir, après l'extirpation d'un néoplasme, les ganglions lymphatiques qui avaient été négligés, diminuer et presque disparaître.

Il est arrivé que des parties d'une tumeur abandonnées dans les tissus se montrent quelque temps après, entourées de productions fibreuses, et subissent comme une dégénérescence. Même, la récurrence survenant après la fulguration se reproduit plus bénigne qu'avant. C'est là un résultat tout d'abord extra-



ordinaire, car, au contraire, nous sommes habitués à considérer comme très grave, la récurrence prostopératoire.

Comme je l'ai dit plus haut, ce sont là des remarques, dont le contrôle n'est possible qu'après de longues études personnelles.

Je ne veux pas chercher à édifier des explications plus ou moins hypothétiques sur les effets physiologiques de la fulguration, de même je ne veux faire ici, qu'un exposé assez succinct des cas qui ont été soumis à mon examen. La plupart des malades qu'ont opérés les docteurs de K.-H. et Juge étaient considérés comme inopérables et en général abandonnés de tous les chirurgiens. Plusieurs même avaient été autrefois opérés suivant les méthodes courantes et se trouvaient en pleine récurrence. Je dois dire, que les observations des malades sont établies très fidèlement, et que dans tous les cas, les examens histologiques ont été faits au laboratoire de l'École de Médecine.

Chacune des observations que je relate figurent sous le numéro correspondant au registre d'observation.

Il sera possible de la sorte, aux observateurs ultérieurs de contrôler et de suivre l'état de ces malades.

## I. — EPITHÉLIOME DE LA FIGURE

### CANCERS DES LÈVRES ET DE LA LANGUE

*Obs. n° 3.* — Carcinome occupant toute la hauteur du front chez une femme de 65 ans. Opération du 17 juin 1907. Une grande partie de la table externe de l'os frontal était dévorée par le cancer et a été curettée. Au commencement de janvier 1908, extirpation par la curette d'un point gros comme une petite noisette qui était apparue, au milieu du bord inférieur de la cicatrice. Actuellement existe encore une surface granuleuse d'apparence absolument saine. Malheureusement, le



peu de vitalité de ces tissus couchés sur l'os frontal rend la cutanisation complète de la plaie, improbable.

*Obs. n° 58.* — Carcinome de l'angle interne de l'œil ayant attaqué le squelette chez une femme de 82 ans. Opération du 3 juin 1907. Guérison par une cicatrice parfaite.

*Obs. n° 96.* — Carcinome du nez chez une femme de 54 ans ayant intéressé l'os sur une grande étendue. L'opération n'eut été possible par les moyens ordinaires qu'en sacrifiant la plus grande partie du squelette du nez. Guérison depuis 15 mois. Il existe actuellement une légère dépression cicatricielle sur le cartilage. La pointe du nez est légèrement déviée du côté droit.

*Obs. n° 98.* — Homme de 58 ans avec un épithéliome de l'aile droite du nez. Opération le 6 novembre 1907. Cicatrisation complète depuis le 22 du même mois.

*Obs. n° 54.* — (Ce cas est rapporté en détail par Desplats.) Il s'agit d'une femme de 57 ans, qui remarqua cinq ans auparavant, une petite ulcération avec végétation sur le côté droit de la racine du nez, et à l'angle interne de l'œil correspondant. Rapidement, une tumeur à allure maligne infiltra les deux paupières et envahissant l'orbite, détermina de l'exophtalmie. L'œil fut bientôt perdu. Une première opération, chirurgicale seule, avait été suivie de récurrence rapide. L'opération chirurgicale-électrique eut lieu en janvier. Enucléation de l'œil et évidement de l'orbite jusqu'à la fente sphénoïdale. Fulguration.

(De nombreux chirurgiens qui avaient été consultés, déclaraient à ce moment le cas inopérable. Les douleurs incessantes avaient entraîné la malade à l'abus de la morphine, (0,50 centigrammes par jour). Une vingtaine de jours après l'opération, une photographie montre la plaie réduite aux dimensions d'une pièce de un franc, à l'angle interne de l'orbite.

11 mois plus tard K.-H. remarque un point suspect au point même qui était resté fistuleux. Le 28 décembre 1907



curettage de ce point et fulguration par les docteurs Juge et K.-H.

J'ai pu examiner cette malade 3 mois après cette deuxième intervention et n'ai plus remarqué qu'une petite fistule de 2 millimètres de diamètre à bords sains et fibreux.

*Obs. n° 148.* — Cancer cutané chez une femme de 65 ans. La tumeur ulcérée s'étendait depuis l'angle interne de l'œil gauche jusque près de la commissure labiale correspondante. Transversalement, elle était large d'au moins trois travers de doigts, depuis le bord du nez jusqu'à une ligne correspondante au bord externe de l'œil.

Il était de toute évidence, que cette tumeur n'était opérable qu'en emportant toute une moitié de la figure. L'opération permit de constater que l'apophyse montante du maxillaire supérieur avait été dévorée par le cancer. Très rapidement cette vaste plaie guérit et actuellement une simple raie cicatricielle est apparente (*Figures 1 et 2*).

*Obs. n° 52.* — Cancer ayant débuté par l'angle palpébral externe droit, envahi toute cette moitié de la figure et profondément atteint le squelette.

Cet homme âgé de 50 ans, avait été opéré trois fois, et chaque fois la récurrence avait été immédiate.

Opération le 21 mars 1907, exécutée par les docteurs Juge et K.-H. L'ulcération cancéreuse est exactement cernée au bistouri et traitée par la curette. Les portions osseuses rongées par le cancer sont évidées ou enlevées : apophyse zygomatique, partie du maxillaire supérieur de l'os frontal.

Quarante jours après l'opération, cicatrisation parfaite sauf en un point dur et granuleux à l'angle de l'œil. Comme ce point paraît suspect le malade a été retouché en ma présence. L'opération a permis de constater que les parties molles de la joue s'étaient transformées en une cicatrice paraissant macroscopiquement saine. Néanmoins des fragments de ces



tissus ont été prélevés pour être soumis à l'examen histologique, dont je n'ai pas encore le résultat.

*Obs. n° 110.* — Il s'agit d'un homme de 73 ans atteint d'un épithélioma à forme ulcéreuse, ayant envahi l'angle interne de l'œil droit. Au moment où il me fut présenté l'opération remontait à un an et demi et la cicatrice était solide et très esthétique.

*Obs. n° 64.* — Carcinome chez un homme de 48 ans; lèvre inférieure en grande partie envahie. Guéri.

*Obs. n° 160.* — Il s'agit d'un homme âgé porteur d'un cancer très étendu et ulcéré de la lèvre inférieure, dans un état de cachexie notable. (Ce malade en effet ne prenait plus aucune nourriture depuis deux semaines). Lorsque je vis ce malade l'opération remontait à huit jours. L'extirpation avait intéressé la lèvre inférieure toute entière et une partie de la peau du menton. Cette vaste perte de substance, qui correspondait pourtant exactement à l'étendue de la lésion se trouvait déjà fortement diminuée par un liseré cicatriciel et par une forte rétraction concentrique de la peau du menton unie à la muqueuse. La cicatrisation faisait des progrès rapides de jour en jour. Après la cicatrisation de la plaie, la lèvre inférieure forme un plan comme autoplastique.

J'ai eu l'occasion d'examiner le cas décrit par Benckiser et Krumm d'un carcinome de la langue et du pilier antérieur du voile du palais, et constater qu'après sept mois il n'y avait aucune trace de récurrence. Les photographies montrent qu'avec l'étendue de la lésion, il eut été nécessaire d'enlever la totalité de la langue. Or, après une intervention chirurgicale essentiellement conservatrice le résultat était surprenant.



## II. — CANCERS DU SEIN

Si l'on considère l'intervention chirurgicale comme contre indiquée dans les cancers du sein accompagnés de dissémination de noyaux dans la peau circonvoisine avec des masses ganglionnaires dans l'aisselle, accompagnées de névralgies et de troubles circulatoires dans le bras ou encore d'adhérences de la tumeur avec les côtes, je dois constater, après avoir parcouru les observations de K.-H., que presque tous les cas de ce groupe, qui ont été opérés, comportaient le plus sombre pronostic. Il s'agissait de malades à la limite de l'opérabilité sinon tout à fait inopérables. K.-H. a traité jusqu'à présent soit seul soit avec la collaboration de Juge quinze cas de cancers du sein parmi lesquels quelques-uns m'ont été présentés, savoir :

*Obs. n° 124.* — Squirrhe de la mamelle droite gros comme le poing, adhérent aux côtes avec ganglions axillaires très apparents et œdème du bras. Les mouvements actifs et passifs du bras étaient très limités. Opération le 23 octobre 1907. Cinq mois après l'opération on peut constater une cicatrice de la largeur d'une petite assiette, lisse, s'étendant jusqu'au creux de l'aisselle. Aujourd'hui, aucune trace de récurrence ; la malade a augmenté de poids, et le bras droit nullement œdématié peut se mouvoir librement.

*Obs. n° 134.* — Il s'agit ici du cas opéré devant Benckiser et Krumm par les Docteurs Juge et K.-H. et qui se trouve décrit dans leur travail. J'insiste seulement sur ce fait qu'il s'agissait d'une malade affaiblie, porteuse d'une tumeur ulcérée de la mamelle gauche grosse comme le poing avec envahissement du grand pectoral et des noyaux de métastase disséminés dans la peau jusqu'à 10 centimètres au-delà de la



tumeur. Il existait en outre de gros ganglions au-dessus de la clavicule.

Au moment de notre examen, le 31 mars, la plaie opératoire était complètement cicatrisée et la malade en bon état. A noter seulement que les noyaux cutanés qui avaient été systématiquement négligés lors de la première opération n'ont pas augmenté sensiblement et seront extirpés prochainement.

*Obs. n° 3.* — Ce cas est un des premiers opérés par de K.-H. lui-même seul. Il s'agissait d'une récurrence survenant après deux interventions chirurgicales. Au moment où K.-H. se chargea de la malade, il existait une ulcération grande comme une petite assiette, adhérente aux côtes, avec volumineux œdème du bras droit. De plus la malade était profondément cachectique. La tumeur fut fulgurée et énucléée. La plaie opératoire cicatrisa bientôt, l'œdème du bras disparut.

Un an après apparurent loin de la cicatrice, de nombreux modules qui, après examen histologique, furent reconnus de nature cancéreuse, de véritables métastases en en mot. Chacun de ces noyaux fut extirpé et fulguré, lorsque j'examinai la malade quatorze mois après cette deuxième intervention, je constatais que la cicatrice principale était parfaitement saine. Il existait hors de celle-ci, sept petites plaques cicatricielles indépendantes les unes des autres s'étendant jusqu'à la ligne axillaire. *Chacune de ces cicatrices représentait un noyau cancéreux qui avait été extirpé en ménageant l'intervalle de peau qui la séparait de son voisin.*

Dans un autre cas un cancer de la mamelle avec volumineux ganglion axillaire a été extirpé par une longue incision linéaire avec *conservation de la glande*. L'opération eut lieu le 4 mars et le 20 du même mois la malade me fut présentée, la plaie opératoire cicatrisée sauf les deux orifices du drainage.

Enfin, je vis un cas de récurrence chez une femme qui avait



subi l'extirpation d'un cancer largement ulcéré, d'un pronostic extraordinairement défavorable. L'opération avait eu lieu le 18 mars 1907 (*Obs. 30*), donc 13 mois auparavant et la mamelle avait été conservée. Il existait maintenant un point suspect un peu dur au toucher, qui nécessita une deuxième intervention. Celle-ci consista dans l'extirpation des tissus indurés, fibreux, qui macroscopiquement présentait le moindre doute.

Je n'ai rien à ajouter ici à la description que Benckiser et Krumm ont fait dans leur travail, de la technique opératoire des docteurs K.-H. et Juge, qu'il me suffise de dire que le plus souvent les plaies restent ouvertes, largement drainées, parfois rétrécies par quelques points de sutures aux extrémités. Le principe fondamental de cette méthode c'est de ménager les tissus d'apparence saine. Les résultats surprenants qu'ils obtiennent et que j'ai rapportés, se passent de tous commentaires,

### III. — CANCERS DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

J'ai pu examiner trois malades atteintes du cancer de l'utérus et deux cas de carcinome de la vulve.

*Obs. n° 132.* — Femme de trente-trois ans, porteuse d'un carcinome largement ulcéré, ayant envahi le col de l'utérus et le cul-de-sac latéral gauche, avec infiltration carcinomateuse du ligament large et des annexes correspondants. Le début de cette maladie remontait à un an et demi, plusieurs chirurgiens et gynécologistes s'étaient refusés d'intervenir. La malade perdait du sang en abondance, souffrait beaucoup et se cachectisait rapidement.

J'examinais cette malade trois mois après l'opération. A ce moment l'état est le suivant : santé générale excellente, douleurs et hémorragie ont disparu. A l'examen je constate



l'absence de la moitié du col de l'utérus, et dans le cul-de-sac latéral gauche, une cicatrice longue d'environ trois centimètres et enfin l'absence complète d'infiltrations carcinomateuses.

*Obs. n° 108.*— Il s'agit ici d'un cas désespéré. C'est une malade qui, il y a un an, subit au Cancer Hospital de Londres un curetage destiné à pallier à d'abondantes hémorragies. Il y a deux mois elle subit une première fulguration par le docteur K.-H. et aujourd'hui, en ma présence, une deuxième intervention. Il existe une ulcération de la grandeur d'une petite assiette entourant tout le fond du vagin avec infiltration profonde de deux paramétriums et du cul-de-sac de Douglas. Après une fulguration de dix minutes, on peut extirper avec les ciseaux et les pinces, puis avec la curette tranchante, de grosses masses néoplasiques, et cela avec une hémorragie très minime. Malheureusement, le danger de blesser les organes voisins, empêcha d'aller assez loin, de sorte qu'il reste toujours une cavité grosse comme le poing, toute infiltrée de cancer. Fulguration très vigoureuse et drainage par une mince bande de gaze sans tamponnement. Après l'opération, abondante sécrétion de lymphe à peine sanguinolente.

L'amélioration purement symptomatique de ce cas se traduisit par l'absence complète de douleurs et d'hémorragie après l'opération.

*Obs. n° 122.*— Il s'agit ici encore d'un cas absolument inopérable du cancer de l'utérus, dont l'opération se proposa là aussi un but simplement palliatif et dont le résultat fut le même.

*Obs. n° 86.*— Il s'agit d'une femme de 66 ans chez laquelle un cancer ulcéreux de la vulve avait été extirpé sept mois auparavant. On apercevait maintenant une cicatrice lisse, solide, légèrement retractile.



Les ganglions cancéreux de la région inguino-crurale déjà tuméfiés n'avaient pas été touchés. Aujourd'hui un groupe de ces ganglions se ramollit et menace de s'ouvrir.

*Obs. n° 124.* — Il s'agit d'une femme de 74 ans chez laquelle un énorme cancer végétant avait envahi le clitoris, l'orifice de l'urètre, les deux grandes lèvres entourant complètement le vagin comme d'une gaine circulaire jusqu'à la région anale. Opération le 11 février 1908. La sonde à demeure est maintenue jusqu'au 5 mars, le 22 mars cette vaste plaie résultant de l'extirpation des grandes et des petites lèvres et du clitoris était remplacée par une surface bourgeonnante, onctueuse au toucher, rose, ne saignant pas du tout, et en grande partie cutanisée.

#### IV. — CANCERS DU RECTUM

*Obs. n° 20.* — Ce premier cas a été publié déjà par K.-H. et se trouve relaté par Desplats, Benckiser et Krumm.

Il s'agit d'un homme de 65 ans qui en avril 1906 remarqua pour la première fois du sang dans les selles et qui en juin de la même année présentait une tumeur molle volumineuse intéressant la paroi antérieure du rectum, sans dépasser pourtant en hauteur le bord supérieur de la prostate.

L'examen histologique fit constater un adénocarcinome à marche rapide.

Le 30 octobre 1906, la tumeur fut évidée à la curette tranchante et fulgurée sans hémorragie notable. 25 jours plus tard, un petit point suspect fut encore une fois curetté et fulguré.

Au moment où j'examinais le malade, 16 mois après l'opération, il était guéri.

*Obs. n° 138.* — Le deuxième cas était, de l'avis écrit du docteur Jourdan, chirurgien renommé de Marseille, sinon absolument



inopérable du moins comme devant être exposé à une récurrence rapide.

En raison des minimes chances de succès, on proposa au malade la colostomie. Il s'agissait d'un cancer dur, circulaire, largement ulcéré, siégeant au-dessus de l'ampoule et dont le bord supérieur n'a pu être dépassé par le doigt. De plus, on le séparait difficilement du sacrum. La partie chirurgicale de l'opération consista, après dilatation du sphincter, en le curettage, l'énucléation, l'excision du néoplasme, de sorte que il ne restait plus dans le haut de la prostate qu'une mince bande muqueuse de deux centimètres de largeur.

Lorsque je l'examinai, ce malade qui était parfaitement guéri, avait augmenté de poids et avait des selles spontanées et régulières. Dix semaines après l'opération j'ai constaté par le toucheur une cicatrice en forme de bride fibreuse, siégeant au dessus de l'ampoule, aux parois lisses mais nullement ulcérées.

Le 26 mars le docteur K.-H. ayant cru remarquer un point suspect à la partie supérieure de cette cicatrice, un nouveau curettage et une nouvelle fulguration furent pratiqués. Pendant l'anesthésie, l'exploration digitale faite à fond ne révéla pas la moindre trace de récurrence. Néanmoins les fragments de tissus furent prélevés pour l'examen histologique.

Ce qui m'a paru le plus remarquable à cet examen c'était que la partie du rectum, siège de la stricture cicatricielle, n'était nullement adhérente, pouvait se déplacer facilement, de sorte qu'on aurait pu exécuter, s'il avait fallu, une opération radicale sans difficultés et avec de grandes chances de succès.

(L'examen histologique des derniers fragments prélevés a démontré l'absence de tout élément néoplasique).

Quant au dernier cas dont je veux dire quelques mots, je n'ai pu l'examiner moi-même (le malade étant parti). Je tiens à en parler seulement comme complément aux notes de Benc-kiser et Krumm.



Il s'agit d'un homme (*Obs. 106*), qui remarqua au commencement d'août 1907, l'existence d'une tumeur grosse comme une noix, à la partie supérieure du bras et qui au bout de quelques semaines, avait atteint le volume d'une balle de croquet. A la fin d'août, cette tumeur fut extirpée en Angleterre et l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules fusiformes.

Mais, moins de cinq semaines plus tard, il se produisit une récurrence à marche rapide sous forme de noyaux multiples de la grosseur d'une petite pomme qui s'essaimaient du creux sus-cubital à la cavité axillaire, au point que les chirurgiens anglais proposèrent au malade l'amputation interscapulo-thoracique.

Le 26 novembre, les docteurs Juge et K.-H. pratiquèrent l'extirpation et la fulguration des noyaux qui engainaient littéralement les gros vaisseaux du bras, et dont l'examen histologique donna le même résultat que lors de la première opération. En février 1908, le malade fut atteint de fièvre typhoïde et se trouvait encore en traitement, lorsqu'apparut sur la cicatrice opératoire, un petit noyau, qui fut extirpé et fut trouvé comme encerclé d'une capsule fibreuse. L'examen microscopique permit de reconnaître dans ce noyau encore en quelques points la structure de sarcome, mais c'était le plus souvent des amas de cellules informes, agminées en forme de mottes.

D'après le rapport de son médecin, le malade est encore indemne de toute récurrence et le bras jouit de la pleine liberté de ses mouvements.

Je relate ce cas, non seulement comme un succès remarquable à l'actif de la méthode de K.-H., mais surtout parce que K.-H. conclut de cet examen microscopique et des observations cliniques (*Obs. 138, 3, 30*), que les noyaux de repullulation qui apparaissent après l'opération, sont d'une structure essentiellement différente que la tumeur primitive, *d'une nature moins maligne et se développent beaucoup plus lentement.*



Pour résumer mes impressions, j'insisterai particulièrement sur l'action hémostatique et analgésiante de l'étincelle, et surtout sur l'impulsion vigoureuse que la fulguration imprime au processus de cicatrisation et d'épithéliasation de grandes pertes de substance. Seules, des recherches microscopiques ultérieures permettront de contrôler la réalité du processus de destruction de l'étincelle et quels groupements cellulaires il atteint en première ligne. C'est alors seulement qu'on pourra apprécier si vraiment la fulguration possède une action élective sur les cellules cancéreuses.

Il me paraît impossible de pouvoir expliquer tous ces effets par une action caustique, qui n'existe pas dans la méthode de K.-H.

Un rôle très important incombe à la technique opératoire. Voici le principe de celle-ci :

Ménager soigneusement tous les tissus sains et extirper exactement des tissus macroscopiquement malades et enfin attaquer aussitôt tout nouveau point de récurrence. Ainsi réussit-on, même dans des cas désespérés à favoriser la cicatrisation des cancers suintants, saignants et ulcérés. De plus, les douleurs s'apaisent et, si elles se produisent, les récurrences et les métastases sont retardées dans leur apparition.

Je ne peux pas terminer sans faire mention de l'ouvrage classique de M. le professeur Chrobak : *Du traitement du cancer inopérable de l'utérus*, dans lequel on trouve la technique chirurgicale décrite de la même façon que les docteurs de K.-H. et Juge l'exécutent.

Chrobak cautérise la plaie opératoire avec de l'acide nitrique pur et il écrit : « Je fais de nouveau ressortir que « certainement dans quelques cas qui ont été traités par le « curettage et la cautérisation, c'est-à-dire qui ont été opérés « d'une façon tout à fait insuffisante, les récurrences ne se sont « pas produites ou n'ont pas eu le temps de grandir. »

Et plus loin : « J'ai réussi plusieurs fois à conserver des « malades pendant six ans, parce qu'au moindre signe de



« récidence, j'ai cureté et cautérisé, de sorte que j'ai eu à  
« toucher huit à dix fois une seule malade. »

Ce que Chroback obtient par l'acide nitrique fumant, se fait plus rapidement et plus sûrement par la fulguration, qui est à même, d'après la conviction de K.-H., de créer dans les zones infiltrées que l'instrument a ménagées, des conditions favorables à la reconstitution des tissus.

La courte durée d'observation des cas isolés, les multiples causes d'erreur qui peuvent entacher la critique de l'observateur dans une question de pathologie encore aussi obscure que celle des tumeurs malignes, nous commandent certainement une grande réserve. Malgré tout, *les résultats du docteur de K.-H. examinés avec le plus grand scepticisme, paraissent si remarquables qu'ils justifient un nouvel examen de sa méthode.*

