

ARTICLE III

TUMEURS DE LA MAMELLE

Définition et doctrines. — On distingue, dans la mamelle : 1° les tumeurs bénignes ; 2° les tumeurs malignes. — Cette distinction se fonde sur deux ordres de caractères : 1° cliniques ; 2° anatomo-pathologiques.

1° DÉFINITION CLINIQUE. — Au point de vue clinique, les tumeurs bénignes offrent les caractères suivants : elles sont circonscrites, mobiles, séparées du reste de la glande ; elles ne tendent pas à envahir de proche en proche les tissus voisins ; elles n'infectent pas les ganglions ; elles ne se généralisent pas ; elles ne récidivent pas après l'ablation. — C'est à ASTLEY COOPER que revient l'honneur d'avoir séparé des cancers le groupe des tumeurs bénignes ; VELPEAU acheva de préciser leur description clinique.

Les tumeurs malignes offrent des caractères cliniques inverses. Elles sont mal limitées, adhérentes au reste de la glande ; elles s'infiltrent dans les tissus ambiants ; elles forment des foyers secondaires dans les ganglions de la région ; elles peuvent donner naissance, à distance, à des tumeurs secondaires ; après l'ablation, elles tendent à récidiver.

2° DÉFINITION ANATOMIQUE. — Cette distinction clinique comporte-t-elle une différenciation anatomique nette ? — Deux éléments composent normalement la mamelle : un tissu glandulaire et un stroma conjonctif. Quel est celui des deux dont les lésions sont *primatives* et *dominantes* dans les tumeurs bénignes ou malignes de l'organe ?

Dans l'immense majorité des cas, les tumeurs malignes du sein sont d'origine glandulaire et de nature épithéliale : ce sont des *épithéliomes*, c'est-à-dire des néoplasmes résultant de la prolifération désordonnée des cellules épithéliales des acini et des conduits glandulaires, et de leur infiltration dans le tissu conjonctif ambiant. — Une faible minorité de tumeurs

malignes est composée par des *sarcomes*, c'est-à-dire par des néoplasies d'origine conjonctive ; et, encore, il ne s'agit point ordinairement de sarcomes purs, mais plutôt d'adéno-sarcomes, où la prolifération des éléments glandulaires s'associe à celle du tissu conjonctif.

Pour les tumeurs bénignes, la prépondérance des altérations glandulaires a été plus longtemps débattue. L'origine conjonctive de ces tumeurs a été surtout défendue par les Allemands : VIRCHOW les rangeait suivant leur type cellulaire, parmi les fibromes, les myxomes et les sarcomes ; et son opinion a influencé fortement les anatomo-pathologistes. C'est l'honneur de la science française d'avoir, au contraire, établi et démontré la notion de l'origine glandulaire de ces tumeurs bénignes. Il s'agit là de vraies hypertrophies partielles de la glande : ce sont des adénomes caractérisés par la formation d'éléments glandulaires nouveaux. LEBERT fut le premier à formuler cette doctrine : VELPEAU, BROCA, CADIAT, en ont confirmé l'exactitude. Il est acquis que les tumeurs conjonctives pures de la mamelle sont exceptionnelles ; que la grande majorité des tumeurs du sein est constituée par des adénomes ; que la prolifération des éléments glandulaires est initiale, que la réaction du tissu conjonctif est variable.

I. — TUMEURS BÉNIGNES : ADÉNOMES DE LA MAMELLE

Définition et anatomie pathologique. — Ce qui caractérise l'adénome, c'est donc la production d'éléments glandulaires nouveaux, la néoformation d'acini.

Cette tumeur adénoïde a pour analogue la formation glandulaire qui se constitue autour des canaux galactophores au moment de la grossesse. Il ne faut pas oublier, en effet, que la glande mammaire, comme l'a dit CADIAT, n'a qu'une existence transitoire : pendant la grossesse et la lactation seulement, elle possède une structure comparable aux glandes en grappe ; en dehors de ces époques, c'est une plaque fibreuse parcourue par quelques bourgeons épithéliaux. Viennent la grossesse et la lactation : ces bourgeons s'accroissent, se ramifient, et à leurs

extrémités se forment les vésicules glandulaires. C'est donc une véritable glande temporaire qui se crée de toutes pièces et cet organe rétrocede après la lactation. En dehors de la grossesse et de la lactation, la néoformation de parties glandulaires, leur persistance et leur accroissement constituent la tumeur adénoïde.

L'adénome est donc formé par une agglomération de culs-de-sac glandulaires. Mais ces éléments ont une disposition variable. Dans un grand nombre de cas, la disposition lobulaire persiste et la formation adénoïde ressemble à la mamelle en lactation.

Parfois, la réaction conjonctive est abondante autour de la néoformation glandulaire : la tumeur prend alors le type de l'adéno-fibrome quand le tissu conjonctif évolue vers la transformation scléreuse, de l'adéno-myxome quand il subit l'évolution muqueuse, et même de l'adéno-sarcome quand la prolifération embryonnaire est très marquée.

Il est rare de ne point rencontrer, dans les adénomes, de petits kystes, quelquefois visibles à l'œil nu sous forme de fentes allongées, plus souvent microscopiques et répondant à la dilatation des acini. Leur contenu est variable : sérosité citrine, ou jaune verdâtre ; parfois liquide crémeux, jaunâtre, de consistance presque butyreuse.

A l'intérieur de la cavité kystique, se forment quelquefois des végétations conjonctives : tantôt sous l'aspect de simples saillies papilliformes, tantôt sous le type de masses volumineuses, repliées et contournées, laissant entre elles des fissures anfractueuses, et encombrant la cavité : le kyste devient *prolifère*, suivant la dénomination de PAGET et MULLER.

La formation des kystes est un incident fréquent dans les tumeurs et les inflammations du sein. Ces kystes comme l'a formulé CADIAU, se développent toujours aux dépens d'éléments glandulaires de formation nouvelle et jamais aux dépens d'éléments préexistants. Leur développement ne s'explique point par la simple rétention avec distension mécanique des culs-de-sac et des conduits ; il implique toujours l'idée d'une néoformation glandulaire et d'une évolution active de ces éléments.

Macroscopiquement, ces adénomes, ces adéno-fibromes, sont caractérisés par l'existence d'une capsule qui sépare la tumeur du tissu sain : cette capsule est constituée par le refoulement du tissu conjonctif périphérique ; elle est la raison de leur mobilité, la condition de leur énucléation facile, la marque de leur bénignité.

Le volume de ces tumeurs va de celui d'une noisette ou d'une noix à celui d'une orange. Leur forme est ovoïde, souvent lisse, avec quelques lobulations légères. Leur coupe montre une surface blanche rosée habituellement sèche.

Symptômes et diagnostic. — Une femme, ordinairement entre la vingtième et la quarantième année s'est aperçue par hasard, ou à l'occasion d'une vague sensation de picotement, de la présence, dans la mamelle, d'une petite tumeur. Vous constatez, en pressant la glande à plat contre le thorax : 1° qu'il existe réellement une tumeur ; 2° qu'elle est dure et rénitente ; 3° qu'elle est mobile, roulant comme une bille sous les doigts et bien indépendante du reste de la glande ; 4° qu'il n'y a ni rétraction du mamelon, ni adhérence à la peau, ni ganglions dans l'aisselle. Sur ce caractère de la mobilité, de l'indépendance absolue de la tumeur vis-à-vis de la glande, et sur l'absence d'engorgement ganglionnaire se fonde votre diagnostic : il est probable qu'il s'agit d'une tumeur bénigne. Toutefois, l'évolution ultérieure de la tumeur ne saurait être préjugée ni garantie : une tumeur, primitivement bénigne, peut évoluer par la suite dans le sens d'un épithéliome ou d'un adéno-sarcome. C'est pour parer à cette incertitude de leur évolution ultérieure qu'il convient de traiter ces tumeurs par l'ablation, d'ailleurs facile, grâce à leur encapsulement.

II. — TUMEURS MALIGNES DU SEIN

Le terme clinique de cancer, qui exprime l'idée de malignité, c'est-à-dire de prolifération active, d'infection ganglionnaire et de généralisation, s'applique, ici, à deux variétés anatomiques : 1° les tumeurs malignes de nature épithéliale : épithéliomes et carcinomes ; 2° les tumeurs malignes d'origine conjonctive : le sarcome.

Anatomie pathologique. — I. CANCER ÉPITHÉLIAL. — Le carcinome du sein prend naissance au niveau des acini. Dans un groupe de culs-de-sac glandulaires, l'épithélium prolifère d'une façon suractive : ainsi se forment des masses cellulaires qui distendent les acini, qui détruisent leurs parois, et qui, se répandant dans les interstices du tissu conjonctif péri-acineux, dont ils écartent les faisceaux, constituent les alvéoles caractéristiques du carcinome.

La lésion primitive est donc la prolifération de l'épithélium glandulaire ; la réaction du tissu conjonctif est une lésion d'ordre secondaire. — La genèse épithéliale du carcinome mammaire a été confirmée, depuis les recherches initiales de WALDEYER et CORNIL, par un ensemble de travaux concordants.

Suivant la proportion relative des cellules épithéliales et des éléments conjonctifs, on observe deux types anatomiques différents : 1° le *squirrhe*, cancer dur, épithéliome fibreux, caractérisé par l'abondance du tissu conjonctif, par l'existence d'alvéoles cancéreux très réduits, de fentes interfasciculaires étroites, avec cellules épithéliales peu nombreuses et peu volumineuses ; 2° l'*encéphaloïde*, ou carcinome médullaire, à stroma conjonctif très délié, formé de faisceaux fibreux grêles, avec amas épithéliaux considérables.

Dans le premier cas, la tumeur est dure, d'apparence fibreuse, donnant peu de suc au raclage. Dans le second, la surface de section est blanchâtre, molle, d'aspect comparable à celui du cerveau (encéphaloïde), riche en suc, donnant au raclage des cellules très variées de formes et de dimensions.

La forme squirrheuse d'un épithélioma du sein répond à un véritable processus de guérison : la végétation épithéliale rencontre, de la part des tissus conjonctifs, une résistance efficace ; les amas cellulaires sont peu abondants, étouffés par la néoformation fibreuse. Cliniquement, cette forme anatomique se traduit par une évolution lente. — Au contraire, les cancers mous répondent à des masses épithéliales suractives, infiltrant les faisceaux connectifs, et les obligeant à se mouler sur elles en larges alvéoles.

Suivant la disposition des masses cellulaires, on observe des

aspects histologiques variables. Dans certains cas, la prolifé-

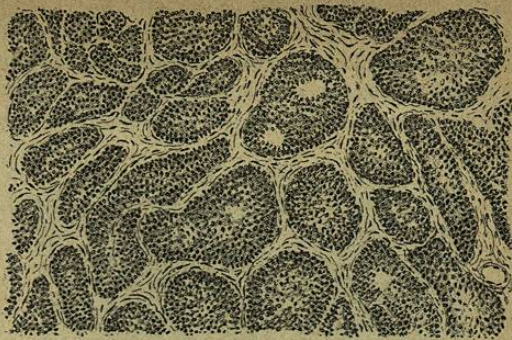


Fig. 110.

Cancer acineux, avec noyaux répondant à des acini distendus par les cellules.

ration épithéliale n'est point sortie de l'acinus et la disposition



Fig. 111.

Carcinome tubulé, avec traînées cellulaires interposées entre les faisceaux connectifs (CORNIL et RANVIER).

lobulaire est conservée : sur une coupe, à faible grossissement,

on trouve une série de noyaux, séparés par de minces travées conjonctives, et groupés régulièrement; c'est la forme que les Allemands appellent le *cancer acineux*, parce que chaque noyau répond à un acinus distendu par des cellules et chaque groupe de noyaux à un lobule glandulaire (fig. 110).

La paroi acineuse a cédé et les cellules s'insinuent entre

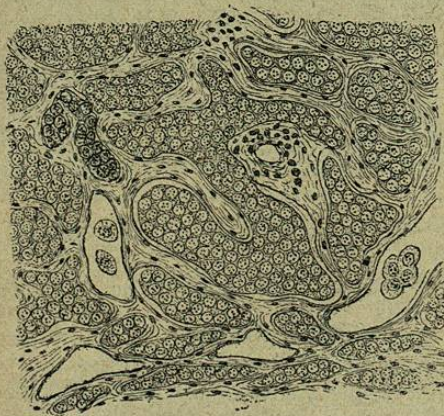


Fig. 112.

Carcinome alvéolaire, avec gros ilots épithéliaux développés entre les travées.

les faisceaux conjonctifs. On trouve alors toutes les formes intermédiaires, depuis la simple fente répondant à la première phase d'écartement des faisceaux connectifs, jusqu'aux grands alvéoles cancéreux qui constituent un vrai système caveux aux loges bourrées de cellules.

C'est ainsi qu'on voit des boyaux cellulaires, parfois composés d'une seule file de cellules, s'allonger entre les fibres conjonctives, comme des tubes ou cylindres épithéliaux: c'est le *carcinome tubulé* des Allemands (fig. 111).

Puis, les amas cellulaires augmentent de volume, refoulent et amincissent les cloisons conjonctives: les boyaux épithéliaux s'épaississent et présentent plusieurs rangées de cellules; ou

bien, de gros ilots épithéliaux se développent dans de véritables loges, formées de travées minces, ce qui est le *carcinome alvéolaire* (fig. 112).

Avec plus de lenteur pour le squirrhe, plus de rapidité pour les formes molles encéphaloïdes, le carcinome s'accroît par la multiplication de ses éléments cellulaires et l'envahissement des tissus voisins.

De bonne heure, la paroi acineuse une fois dépassée, les boyaux épithéliaux se sont infiltrés dans les espaces lympho-

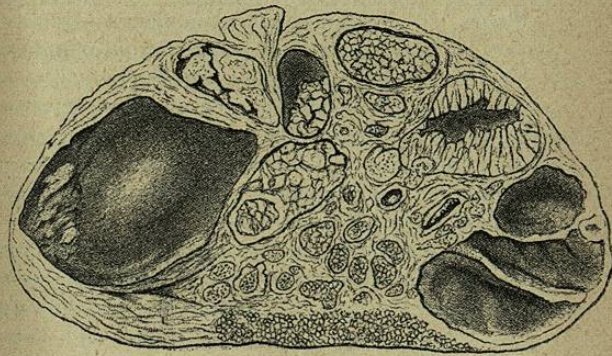


Fig. 113.

Cysto-carcinome papillaire de la mamelle (ZEIGLER).

tiques: les cellules sont ainsi entraînées vers les ganglions de l'aisselle, puis vers les ganglions sus-claviculaires où elles se greffent et forment tumeur secondaire. — En même temps, la tumeur épithéliale se développe sur place: elle infiltre précocement la peau et détermine, au niveau des dépressions interpapillaires, la formation de tractus scléreux qui capitonent la surface et donnent lieu à ce pointillé en creux connu en clinique sous le nom de *peau d'orange*; elle envahit de bonne heure l'aponévrose et le muscle pectoral, notion intéressante démontrée par HEIDENHAIN, et qui a pour conséquence opératoire la large ablation de ces parties.

Par la voie lymphatique, le carcinome tend à envahir l'économie tout entière. La généralisation est sa dernière étape : les localisations prédominantes de ces cancers secondaires s'observent surtout dans le foie, dans les poumons, dans les os et surtout dans la colonne vertébrale.

Il est une variété d'épithélioma, qui est remarquable : 1° par la formation de tumeurs souvent multiples, de moyen ou de petit volume, d'évolution lente, donnant lieu ordinairement à des hémorragies, par le mamelon ; 2° par la présence, dans ces tumeurs, de kystes développés aux dépens des canaux galactophores dilatés ou des culs-de-sac glandulaires agrandis et par l'existence de végétations et de bourgeons qui remplissent ces cavités kystiques. — Cette forme a été décrite par CORNIL sous le nom d'*épithélioma dendritique*, ce qui exprime le bourgeonnement des végétations intra-kystiques : cliniquement, ses caractères ne sont pas très nettement accusés, et, après une phase d'évolution lente et bénigne, on la voit infecter les ganglions et se comporter comme un cancer.

II. SARCOMÈ. — Le sarcome pur de la mamelle est très rare. Ordinairement il s'agit d'adéno-sarcome, caractérisé par une hyperplasie parallèle du tissu conjonctif et des éléments glandulaires. Les cellules sarcomateuses sont tantôt globulaires, tantôt fusiformes. Le tissu pathologique d'un blanc grisâtre, tantôt ferme, tantôt humide à la coupe, est souvent creusé de cavités, de géodes, où se font des hémorragies, de points ramollis, au niveau desquels les cellules ont subi la dégénérescence graisseuse ou muqueuse. — Les sarcomes kystiques sont les plus volumineuses des tumeurs du sein ; ils forment d'énormes masses à grosses lobulations arrondies.

Symptômes et diagnostic. — Une femme, ayant ordinairement dépassé la trentaine, découvre, généralement par hasard, une petite nodosité, le plus souvent indolente, siégeant sur un point de la mamelle. — L'examen de la malade doit établir : 1° s'il existe vraiment une tumeur du sein ; 2° quelle est la nature de cette tumeur.

Existe-t-il une tumeur ? — Une erreur d'exploration, souvent commise par les débutants, consiste à saisir la mamelle, trans-

versalement, à pleine main. Or, dans ces conditions, la mamelle, même saine, fournit une sensation de lobules résistants, qui peut en imposer pour un noyau néoplasique. C'est en l'appliquant d'avant en arrière contre le thorax, qu'il faut explorer la mamelle : si l'on trouve un noyau dur, il s'agit bien d'une tumeur.

Quelle est la nature de la tumeur ? — Pour cette détermination, il faut étudier : 1° la forme et les limites de la tumeur ; 2° sa mobilité par rapport au reste de la glande ; 3° l'état des téguments et du mamelon à son niveau ; 4° ses adhérences, dans la profondeur, avec l'aponévrose et le muscle pectoral ; 5° l'envahissement des ganglions ; 6° l'altération de la santé générale. Détaillons chacun de ces points.

1° FORMES ET LIMITES DE LA TUMEUR. — La palpation reconnaît l'existence d'un noyau induré, rugueux, légèrement bosselé ; la tumeur, par sa périphérie, se continue, sans démarcations nettes, avec les granulations de la glande.

2° MOBILITÉ DE LA TUMEUR. — Si l'on saisit la tumeur entre les doigts, et si on lui imprime des mouvements, on sent qu'elle est immobile sur le reste de la glande. Voilà un des meilleurs signes de probabilité, en faveur de la malignité du néoplasme. Il permet de distinguer le cancer débutant d'avec les tumeurs encapsulées, bénignes, et surtout d'avec les adénomes, qui sont mobiles, roulant sous le doigt, indépendants du reste de la glande.

3° ETAT DES TÉGUMENTS ET DU MAMELON. — Quand on plisse, entre le pouce et l'index, la peau au-dessus de la tumeur, on observe que le tégument se soulève mal, que le pli est plus épais, et qu'il semble fixé dans la profondeur par une série de tractus fibreux : c'est une sorte de capitonnage des téguments qui forme un pointillé en creux ; c'est la *peau d'orange* des cliniciens.

Avec les progrès du mal, il se fait une fusion entre le tégument et le néoplasme : la peau est infiltrée par le cancer. Cette adhérence, précoce, des téguments, sur une masse indurée du sein, est un signe pathognomonique du cancer.

Il arrive quelquefois, dans les squirrhes anciens et volu-

mineux, que les téguments présentent, à distance, de petites plaques dures ridées, ou déprimées, de teinte grise ou bien avec des arborisations vasculaires, qui répondent à des foyers cutanés secondaires. — Une forme est connue depuis VELPEAU sous le nom de *squirrhe pustuleux* : toute la région mammaire est alors criblée de grains néoplasiques, petites



Fig. 114.

Squirrhe atrophique de la mamelle (MARWEDEL).

masses arrondies, dures, tantôt en saillie, tantôt enchâssées dans la peau où la pulpe des doigts, doucement promenée, les découvre. — Une forme rare, est connue sous le nom de *squirrhe en cuirasse* : les téguments, durs au toucher, épaissis, d'une teinte rougeâtre, se couvrent de plaques qui confluent en une véritable nappe ligneuse inextensible, étendue, que VELPEAU compare à la peau d'un cadavre gelé.

La peau, envahie, finit par s'ulcérer ; souvent, cette ulcéra-

tion se produit avec un certain degré d'inflammation : un foyer de ramollissement occupant le tissu néoplasique, soulève les téguments infiltrés, qui rougissent et s'ouvrent en laissant écouler une bouillie puriforme. L'ulcère est ordinairement violacé ; ses bords indurés sont bosselés, fréquemment entourés de tubercules rougeâtres ; son fond est le siège d'un suintement ichoreux et fétide. Autour de ce noyau ulcéré, on voit diverger des trainées néoplasiques qui ont fait comparer le cancer à un crabe.

La rétraction du mamelon, la présence d'un écoulement roussâtre à son niveau, voilà deux signes classiques de la malignité d'une tumeur mammaire. — Le mamelon, en général, s'enfonce, entraîné par les tractus fibreux émanés du néoplasme : si l'on cherche à le pincer et à le soulever, on éprouve une résistance. Mais ce signe n'est constant que lorsque le cancer a envahi le centre de la mamelle. — De même, l'écoulement roussâtre par le mamelon manque souvent dans les épithéliomas excentriques de la glande et s'observe surtout dans les épithéliomas intracaniculaires.

La rétraction du mamelon est à son maximum dans une variété d'évolution lente, où domine la néoformation conjonctive et qui est connue sous le nom de *squirrhe atrophique* : on le voit alors s'enfoncer de plus en plus dans le centre de la glande, qui s'atrophie et se réduit ; de cette rétraction centrale partent des rainures ou des rigoles, répondant à autant de travées fibreuses qui s'éloignent à la manière de rayons.

4° ADHÉRENCES PROFONDES. — Ordonnez à la malade de rapprocher le bras du tronc, pendant que vous tenez le coude écarté ; résistez à l'effort ; vous mettez ainsi le grand pectoral en état de contraction. Si la tumeur saisie à pleine main et déplacée est alors immobilisée, c'est que déjà elle a contracté des adhérences avec le plan musculaire profond.

5° INFECTION GANGLIONNAIRE. — Recherchez les ganglions tuméfiés : 1° sous le bord inférieur du grand pectoral ; 2° sous le bord inférieur du grand dorsal ; 3° dans le fond de l'aisselle en portant les doigts à plat contre les côtes. Vous sentez ainsi des ganglions, ordinairement mobiles, roulant sous le doigt,

parfois agglomérés. Dans les formes avancées, la chaîne ganglionnaire est prise jusqu'au-dessus de la clavicule.

6° ALTÉRATION DE LA SANTÉ GÉNÉRALE. — L'état général peut rester satisfaisant pendant très longtemps, surtout dans les formes fibreuses, dans le squirrhe à marche lente. Au contraire, les cancers mous, les cancers des jeunes femmes, s'accompagnent plus vite de troubles généraux. Quand la tumeur



Fig. 115.

Sarcome de la mamelle (LEXER).

est ulcérée, sanieuse, la santé générale s'altère notablement : le malade maigrit, pâlit et jaunit.

Lorsque les ganglions s'agglomèrent en une masse adhérente à la veine axillaire, le membre supérieur s'œdématie et, souvent, des lymphangites ou des érysipèles viennent compliquer cet œdème chronique. — A la période de généralisation, des symptômes, variables suivant le lieu, révèlent la formation de noyaux métastatiques : l'ictère et les troubles dyspeptiques, dans

le cas de métastase hépatique ; la matité, le souffle pour les lésions pleuro-pulmonaires ; la cyphose douloureuse, avec paralysie motrice d'abord et sensitive ensuite, quand les noyaux secondaires ont envahi la colonne vertébrale.

Un diagnostic est parfois difficile : différencier, à la période d'état, le sarcome d'avec le cancer. Ce diagnostic se fonde sur la marche lente au début, puis très rapide ; sur les bosselures et la saillie volumineuse du sarcome ; sur l'adhérence tardive aux téguments ; sur la présence de grosses veines cutanées ; sur l'aspect de la peau luisante et tendue ; sur la saillie conservée du mamelon ; sur l'inégale consistance du sarcome, solide sur certains points et ramolli dans d'autres ; sur l'absence ordinaire d'adénopathies.

Traitement. — Il n'y a qu'un traitement du cancer du sein, c'est l'extirpation. Cette intervention est contre-indiquée : 1° par la forme du cancer (squirrhe atrophique des vieilles femmes, squirrhe pustuleux ou disséminé, cancer en cuirasse) ; 2° par l'étendue du mal (propagation du néoplasme à la cage thoracique, envahissement des ganglions sus-claviculaires, signes de généralisation viscérale) ; 3° par la rapidité d'évolution du néoplasme (carcinome aigu des jeunes femmes, mastite carcinomateuse diffuse).

L'intervention doit être aussi large que possible. Elle doit enlever d'un bloc tous les tissus malades ; et, à ce titre, la méthode américaine (opération de Halsted) réalise la meilleure technique. Le néoplasme est enlevé d'une seule pièce, en profondeur, depuis la peau, la glande mammaire jusqu'au grand et petit pectoral : on ne s'arrête que sur le plan costal. D'autre part l'ablation est poursuivie, d'une seule tenue, jusque sous la clavicule : c'est-à-dire que, sans morcellement, on excise, en une chaîne continue, tous les ganglions de l'aisselle et de la région sous-claviculaire en côtoyant la veine. Ce curage méthodique et préventif de l'aisselle, cette ablation massive, sans fragmentation (ce qui pare aux périls des greffes cancéreuses) ont amélioré notablement les résultats de l'intervention.

Sans qu'on puisse parler d'une cure radicale, définitive, nous obtenons des survies prolongées, dépassant la sixième, la huitième,

tième, la dixième année. Dans quelles proportions s'observent ces prolongations de vie? Cela dépend de la forme anatomique (les formes fibreuses et lentes étant plus favorables), de l'étendue des lésions au moment de l'intervention (l'infection gan-

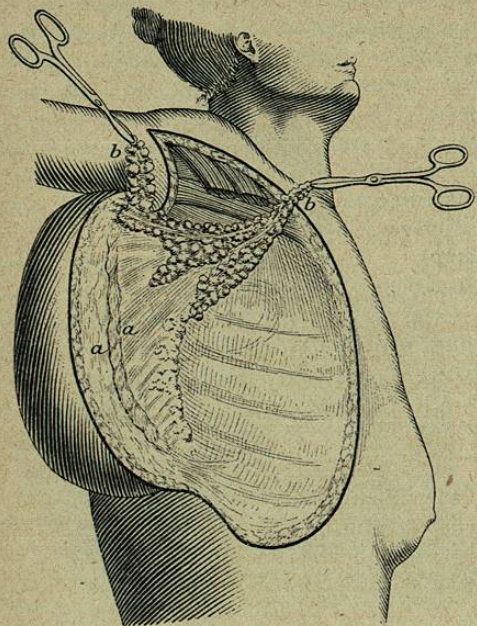


Fig. 116.

Opération de Halsted : sein sur le point d'être détaché en bloc avec les prolongements cellulo-graisseux et les ganglions.

glionnaire étendue étant d'un mauvais présage), des conditions de l'opérée (l'hérédité jouant un rôle très aggravant). En gros, avec les techniques nouvelles, le nombre des opérées survivant après la quatrième année varie de 9 p. 100 (KONIG) à 21 p. 100 (KUSTER), à 32 p. 100 (ROTTER). Mais franchir la quatrième année, n'est point pour l'opérée, une garantie de guérison définitive : le mal peut récidiver après cette échéance et

quand il ne revient pas dans la cicatrice, il peut se développer dans l'autre sein ou apparaître en localisations viscérales.

III. — TUBERCULOSE DU SEIN

La tuberculose du sein est une affection rare, qui s'observe surtout chez les femmes et qui se rencontre, dans un tiers des cas, à l'état de localisation tuberculeuse isolée et exclusive.

Anatomie pathologique. — Le bacille de Koch arrive à la glande mammaire par trois voies différentes : 1° par les vaisseaux lymphatiques, ce qui est incontestable pour les cas où la tuberculose débute par les ganglions axillaires et où la mamelle n'est atteinte que secondairement ; 2° par les vaisseaux sanguins, ce qui est le cas ordinaire ; 3° par une infection ascendante suivant les conduits galactophores.

L'évolution du processus tuberculeux dans la glande a été surtout étudiée par la thèse de DUBAR, par les mémoires de SABRAZÈS, et BINOT, par les travaux d'ONACKER, d'ORTHMANN.

Le bacille parvenu dans les lobules glandulaires y détermine les lésions suivantes : le tissu conjonctif interacineux s'infiltré de cellules embryonnaires ; ces cellules rongent bientôt la paroi propre de l'acinus, pénètrent dans sa cavité, se mêlent aux cellules épithéliales, prennent une apparence épithélioïde et se disposent autour de cellules géantes, qui, selon DUBAR, se formeraient dans les acini aux dépens des cellules épithéliales. Donc, infiltration des cellules rondes, destruction des acini, formation de cellules géantes dans les cavités glandulaires : voilà les trois lésions histologiques élémentaires. — Il en résulte la formation de nodules tuberculeux opaques, couleur de châtaignes cuites qui tendent à se caséifier à leur centre et qui se présentent sous deux formes distinctes : 1° un type à noyaux disséminés ; 2° un type à noyaux confluents, s'agglomérant en une tumeur unique, bosselée, mal circonscrite qui, par ramollissement central, se creuse d'une cavité irrégulière à parois fongueuses remplie de débris caséux.

Symptômes et diagnostic. — L'affection prend des formes

variables. Dans quelques cas c'est une petite masse, plus ou moins mobile, indolore, du volume d'une noisette ou d'une noix : sa consistance, plutôt ferme au début, peut, en l'absence de toute constatation de ganglions axillaires, faire croire qu'il s'agit d'un adéno-fibrome. — Dans la forme disséminée, on perçoit plusieurs noyaux qui peuvent se caséifier et s'ouvrir à la peau par de multiples abcès fistuleux, ou bien devenir confluents et donner naissance à des collections fluctuantes, étendues, véritables abcès froids : le diagnostic est alors simplifié et une ponction exploratrice le précise.

Au début, au contraire, et tant que le tuberculome reste dur, on peut confondre la tumeur mammaire irrégulière, bosselée, avec un foyer de mammite chronique et surtout avec un cancer, d'autant qu'on a noté quelquefois la rétraction du mamelon et que, dans les trois quarts des cas, on trouve les ganglions engorgés. Quand cet engorgement ganglionnaire de l'aisselle a été primitif et a précédé l'apparition de la tumeur mammaire, ce qui s'observe assez souvent, le diagnostic est simplifié. Mais lorsque la tumeur mammaire et l'adénopathie axillaire évoluent parallèlement, ou que la première est antérieure, l'incertitude peut être grande, tant que les foyers ne se ramollissent point. En faveur de la tuberculose, on peut invoquer les considérations suivantes : la tumeur mammaire tuberculeuse occupe, comme lieu d'élection, le segment externe de l'organe ; il y a disproportion entre la tumeur et l'adénite, l'adénopathie étant ordinairement plus volumineuse et d'un plus rapide développement que dans le cancer ; le ramollissement et la suppuration des ganglions sont précoces.

Traitement. — Il consiste soit dans l'incision suivie du curetage des foyers, soit dans l'amputation partielle ou totale de la mamelle avec ablation des ganglions.

SEPTIÈME PARTIE

AFFECTIONS CHIRURGICALES DE L'ABDOMEN

CHAPITRE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES

ARTICLE PREMIER

CONTUSIONS DE L'ABDOMEN

Étiologie. — Un corps contondant, animé d'une force vive considérable (ruade détachée à pleine volée, coup de pied dans une lutte, choc d'un timon de voiture) a frappé un blessé en plein abdomen. Ou bien, le sujet a fait une chute et est tombé à plat ventre ou sur le flanc, heurtant sur une face plus ou moins saillante : rebord de table, coin de meuble, angle d'un trottoir, poutre en saillie. Dans l'un et l'autre cas, l'agent vulnérant agit par *percussion*. — Il agit par *pression*, lorsqu'il appuie, avec une intensité et une durée d'ailleurs variables, sur l'abdomen dont la paroi est refoulée avec force ; exemples : une roue de voiture passant sur le ventre ; un éboulement dont l'action écrasante se prolonge.

S'exerçant selon l'un ou l'autre de ces deux mécanismes, l'agent vulnérant peut atteindre l'abdomen en deux zones différentes. L'une (*épigastre, région péri-ombilicale et hypo-*