

quelque sorte; dans le sarcome, il n'est pas modifié, ou bien il est étalé, c'est-à-dire qu'en ramenant avec la main les téguments distendus, la mamelon reprend sa forme.

*Aspect de l'ulcération.* — Les deux maladies ont une tendance à l'ulcération, mais le processus est tout à fait différent dans chaque cas : la peau se fusionne avec le carcinome et se détruit; dans le sarcome, elle cède par suite de la distension exercée à sa face interne par les bourgeons sarcomateux. Il en résulte que la surface ulcérée diffère essentiellement dans les deux cas : dans le carcinome, les bords sont durs, se continuent avec la plaie; dans le sarcome, les bords sont minces, mous et décollés. C'est à peu près la même différence qu'entre le chancre induré et le chancre mou. Dans le carcinome, la surface de l'ulcère est déprimée, c'est un trou; dans le sarcome, il s'échappe du centre de l'ulcère une masse bourgeonnante grisâtre, pédiculée, qui tend à s'éliminer et s'élimine parfois même complètement, au point de simuler la guérison.

*Consistance de la tumeur.* — Dans le carcinome, la consistance est ferme, parfois dure, et elle est sensiblement uniforme; dans le sarcome, la consistance est très irrégulière. En général, elle est moins ferme que dans le carcinome, mais surtout il existe des parties molles et même liquides, ce qui tient à l'existence de kystes à l'intérieur du sarcome.

*Connexions de la tumeur avec la glande mammaire.* — Dès le début, le carcinome est fusionné avec la glande et l'englobe peu à peu; le sarcome en est toujours distinct. Le sarcome est entouré d'une capsule propre qui l'isole des parties voisines, d'où sa mobilité sur la glande elle-même. De cette mobilité résulte la formation d'une seconde capsule que les auteurs ne me paraissent pas avoir signalée. Cette capsule externe, sorte de séreuse produite par les mouvements incessants de la tumeur, joue un rôle important dans l'histoire du sarcome et surtout dans son extirpation. J'ai parfois trouvé dans son épaisseur de petits noyaux sarcomateux; aussi est-il indispensable de l'enlever et de ne pas se contenter d'une simple énucléation.

Dans le sarcome, la glande, au lieu d'être détruite, est donc aplatie, atrophiée, refoulée sur un des côtés, mais on en retrouve toujours des traces.

*Connexion avec les parties profondes.* — Le carcinome adhère vite aux plans sous-jacents, au grand pectoral en particulier;

jusqu'à une période très avancée, le sarcome glisse sur les parties profondes, dont il est absolument indépendant.

*Retentissement sur le système lymphatique.* — Presque dès le début, le carcinome envahit les vaisseaux et les ganglions lymphatiques: or, caractère bien remarquable, le sarcome n'atteint jamais ou presque jamais ce système.

*Mode de récurrence.* — Le carcinome récidive plus fatalement que le sarcome; le carcinome récidive à distance, le sarcome récidive sur place.

*Influence sur la santé générale.* — Le carcinome altère vite la constitution, qui devient cachectique; le sarcome reste presque toujours local. Il est fort remarquable de voir qu'à la suite de plusieurs extirpations de sarcome du sein l'état général de la malade reste généralement des plus satisfaisants.

*Symptômes physiologiques.* — Le carcinome est généralement douloureux; le sarcome est plutôt indolent.

Quel est le traitement à opposer à ce groupe de tumeurs que je désigne sous le nom d'adéno-sarcomes?

Pour diriger votre conduite, pénétrez-vous bien de cette idée: c'est que l'adénome le plus simple, le plus inoffensif en apparence, peut devenir et deviendra très probablement par la suite un cysto-sarcome des plus graves. Je vois actuellement la femme d'un confrère à laquelle Denonvilliers conseilla jadis de garder un adénome du sein; elle est affectée aujourd'hui d'un cysto-sarcome énorme. Les faits de ce genre sont presque journaliers et je les considère comme étant la règle.

Donc, lorsque vous aurez diagnostiqué une tumeur encapsulée du sein, conseillez toujours l'opération et usez de toute votre influence pour la faire accepter. — Opérez le plus tôt possible et n'attendez pas que la tumeur ait acquis un certain volume. Plus vous agirez de bonne heure, moins l'opération sera grave, et moins grandes aussi seront les chances de récurrence locale et même d'extension à d'autres organes.

Si l'adéno-sarcome du sein récidive rarement, ou du moins longtemps après lorsqu'il est enlevé à une époque rapprochée de son début, il repullule au contraire parfois d'une façon désespérante lorsque l'opération est faite tardivement et, chose remarquable, ainsi que je le faisais observer plus haut, tout se passe localement; pendant très longtemps les malades conservent une

très bonne santé générale, ce qui engage le praticien à détruire l'ennemi par des opérations successives chaque fois qu'il fait une réapparition. On a pu, de la sorte, obtenir la guérison définitive, mais c'est malheureusement l'exception, car après deux ou trois opérations les côtes, la plèvre et même le poumon, sont envahis, et la chirurgie se trouve à peu près désarmée, bien qu'à la rigueur il soit encore possible de poursuivre le sarcome jusque dans ces régions profondes.

Le procédé opératoire varie suivant qu'il s'agit d'une tumeur petite, d'un adénome, ou d'une grosse tumeur, du cysto-sarcome. Dans le premier cas, la peau est saine et peut être conservée; dans le second cas, la peau est altérée dans une grande étendue et doit être sacrifiée.

L'ablation d'un adénome est des plus simples. Il suffit, en effet, de fixer la tumeur avec les doigts de la main gauche et de pratiquer à sa surface une incision jusqu'à ce qu'on arrive sur le tissu blanc grisâtre qui la constitue. La tumeur s'énuclée alors comme un noyau de fruit par une légère pression.

Ce mode opératoire est sans doute; très brillant j'engage cependant vivement le praticien à ne pas procéder ainsi, afin de se mettre plus sûrement à l'abri de la récurrence.

Et d'abord, faut-il enlever la glande mammaire tout entière quand il s'agit d'un adénome gros, par exemple, comme un petit œuf de poule? une pareille mutilation, très cruelle quand il s'agit d'une jeune femme, et c'est souvent le cas, ne me paraît pas nécessaire. Mais il importe à un haut degré de ne pas se contenter d'une simple énucléation; il est indispensable d'enlever la poche kystique qui sépare le néoplasme du tissu sain: or, comme la poche adhère fortement à la glande, il est nécessaire d'enlever tout autour de la tumeur une couche glandulaire saine épaisse d'un centimètre environ, et cela suffit. Il m'est arrivé plusieurs fois, en examinant attentivement la pièce après ablation, de trouver dans l'épaisseur de la poche isolante de toutes petites tumeurs qui n'auraient pas tardé à devenir un foyer de récurrence locale. J'estime que cette précaution dispense d'enlever la totalité de la glande.

Drainage de la plaie et réunion par première intention.

L'ablation des gros cysto-sarcomes du sein exige un tout autre procédé opératoire.

La peau est toujours profondément altérée quand elle n'est

pas ulcérée sur la partie culminante de la tumeur, mais elle est en général saine dans la portion qui confine à la poitrine. Il faut donc prendre en ce point un lambeau suffisant pour recouvrir la large perte de substance succédant à l'opération, et c'est habituellement sur la face inférieure qu'on le trouve. Voici comment il convient de procéder. Mesurez à l'aide d'un compas d'épaisseur la hauteur du pédicule; elle représente la dimension qu'aura la plaie opératoire. — Reportez cette mesure sur la face inférieure de la tumeur, en l'exagérant, s'il y a moyen, afin de parer à la rétraction de la peau.

Pratiquez sur la face inférieure du sarcome au point marqué à l'avance une incision transversale à convexité antérieure et disséquez le lambeau jusqu'au voisinage de la poitrine; réunissez les deux extrémités de cette incision en passant au dessus de la tumeur. Faites ensuite basculer celle-ci de haut en bas. En raison de son poids, elle se détache en général spontanément des couches profondes sans qu'il soit nécessaire de la disséquer. L'opération ainsi conduite dure un temps insignifiant, à peine quelques minutes, et il y a grand intérêt à aller vite dans la circonstance pour éviter la perte considérable de sang résultant de l'ouverture des grosses veines qui sillonnent de toutes parts la tumeur, l'hémostase se faisant d'elle-même lorsque la masse est enlevée.

Recherchez soigneusement dans la plaie, surtout à la face profonde du lambeau et spécialement vers sa base, s'il ne resterait pas quelques fragments de glande refoulés et atrophiés par la pression du néoplasme; retranchez tout ce qui ressemble à du tissu glandulaire.

Drainez et réunissez par première intention.

*Tumeurs liquides du sein.* Il ne faut pas comprendre sous ce titre les kystes qui se développent si souvent au milieu des tumeurs sarcomateuses dont ils ne constituent qu'une partie accessoire. Cette restriction admise, on peut dire que les tumeurs purement liquides du sein sont infiniment plus rares que les tumeurs solides.

Il n'est pas toujours facile de reconnaître d'emblée la nature liquide d'une tumeur du sein, car ce diagnostic repose essentiellement sur la fluctuation: or une certaine habitude est nécessaire pour distinguer, par exemple, la sensation fournie à cet égard par un adénome ou par une poche contenant du liquide.

Vous avez constaté de la fluctuation. — Est-ce une galactocèle, un abcès froid ou bien un kyste simple ?

La *galactocèle*, constituée par l'accumulation du lait dans un lobule de la glande ou dans un conduit galactophore, ne peut guère être que soupçonnée tant qu'on n'a pas vu la nature du liquide. Cependant elle atteint un volume plus considérable que les kystes simples, fait plus de relief à la surface de la mamelle et présente une fluctuation des plus évidentes, sans compter qu'elle se développe à une époque rapprochée d'un accouchement antérieur.

Le contenu est susceptible de se transformer et de donner naissance à une masse butyreuse.

L'évacuation de la poche et la compression sont le traitement indiqué.

Sous quelle influence un abcès froid se développe-t-il dans la mamelle ? Il est difficile de le dire. Est-ce de la tuberculose locale comme celle de l'épididyme, par exemple ? C'est possible ; le fait est que le sein renferme parfois une tumeur présentant les caractères de l'adénome, moins la fluctuation et la mobilité. L'erreur ne porterait pas d'ailleurs grand préjudice à la malade, car la même opération convient aux deux cas. En effet, au lieu d'ouvrir cet abcès et d'en gratter la surface, il me paraît préférable d'enlever la poche comme s'il s'agissait d'une tumeur solide. La bénignité à peu près absolue de cette opération nous autorise à la faire, d'autant plus qu'elle amène une guérison plus rapide et plus radicale.

Il n'est pas douteux que la glande mammaire, aussi bien que la parotide, par exemple, peut contenir des *kystes simples*. Le contenu de ces kystes consiste en général en un liquide séreux noirâtre. Leur siège anatomique est sans doute un conduit galactophore dilaté et obstrué.

Il m'est arrivé plusieurs fois de diagnostiquer un kyste simple de la mamelle en me basant sur les caractères suivants : la fluctuation ; l'absence de toute partie solide au pourtour de la poche ; le siège à une petite distance du mamelon, et une connexion évidente avec ce dernier organe. Le kyste ne présente donc pas une mobilité aussi complète que l'adénome.

De même que pour l'abcès froid, le meilleur traitement consiste à extirper la paroi kystique.

Indépendamment des tumeurs étudiées dans les chapitres précédents et qui constituent, en raison de leur fréquence, les véri-



Fig. 90. — Hypertrophie éléphantiasique de la mamelle.

tables tumeurs du sein, il en existe quelques autres que je me contenterai de mentionner : ainsi des lipomes superficiels ou profonds ; des névromes douloureux occupant de préférence la circonférence de la glande.

M. Reclus a rencontré la mamelle farcie de kystes, ce qu'il a proposé d'appeler la *maladie kystique*.

MM. Labbé et Coyne ont éveillé l'attention sur une variété de néoplasme désignée sous le nom d'*épithélioma intra-canaliculaire*. Mais, si l'histologie reconnaît cette espèce de tumeur, la clinique ne permet pas encore d'en constater l'existence.

On a signalé dans l'épaisseur de la glande mammaire le développement de la syphilis tertiaire et décrit la *mammite gommeuse*. Lorsqu'une affection de la mamelle n'est pas de nature inflammatoire, lorsqu'elle ne peut être rattachée à aucune de celles que nous avons décrites plus haut, il est permis, par exclusion, de songer à la syphilis et d'administrer le traitement spécifique. C'est tout ce que la clinique nous enseigne sur cette maladie d'ailleurs extrêmement rare.

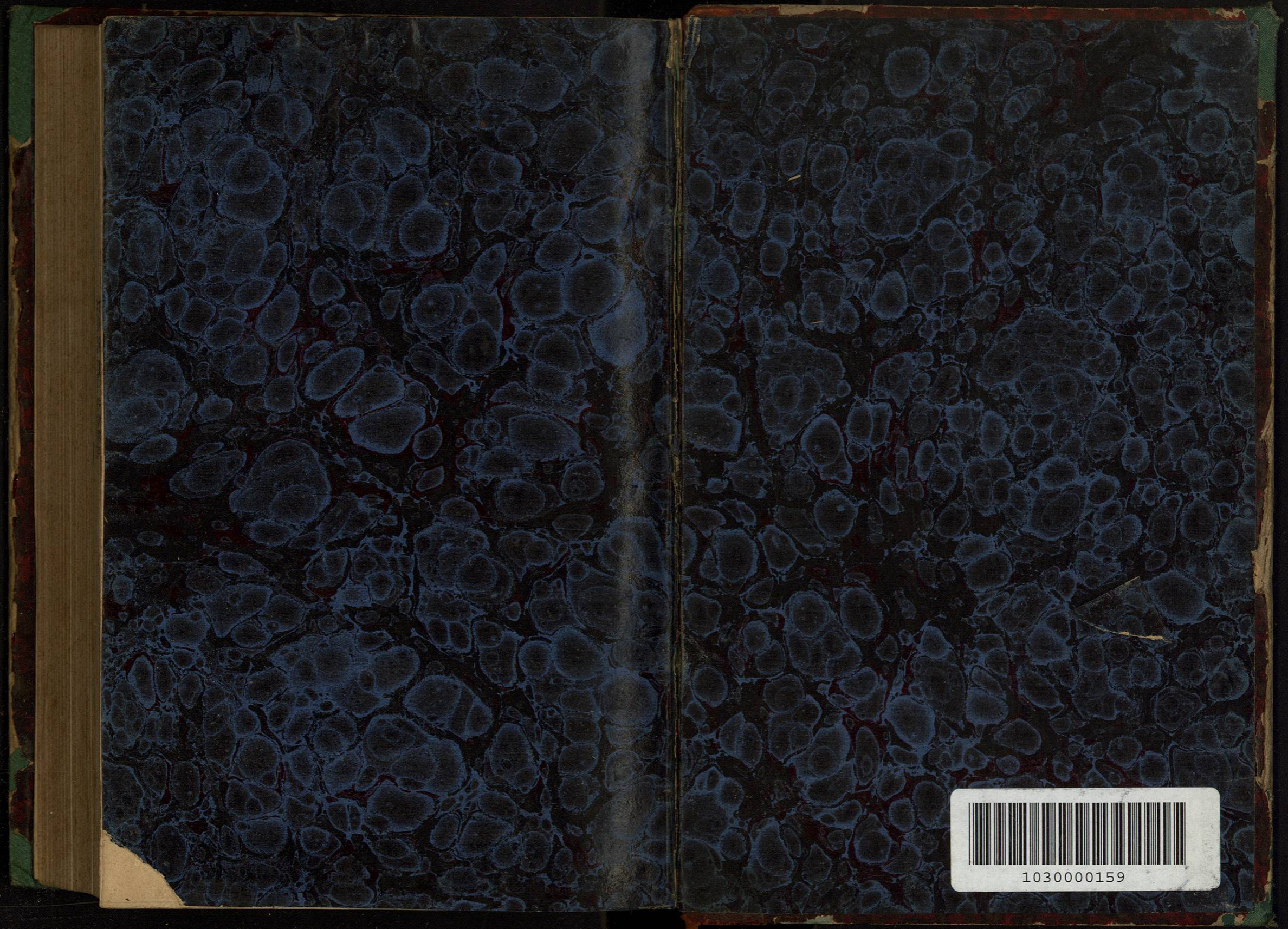
Je signalerai enfin l'hypertrophie de la mamelle, susceptible de prendre un développement énorme, revêtant parfois la forme éléphantiasique, ainsi que le montre la figure 90 représentant une femme que j'opérai avec succès à l'hôpital Beaujon.

Quant aux *tumeurs du sein chez l'homme*, elles ne diffèrent en rien de celles qu'on observe dans les autres régions et ne méritent pas une description particulière.



BIBLIC CA

000542



1030000159

