

adéno-fibromes. Comme elles se rencontrent surtout chez des femmes d'un certain âge et qu'elles peuvent s'accompagner d'élanements douloureux, elles sont souvent prises par les malades ou même par les médecins pour des tumeurs du sein. Lorsqu'elles sont volumineuses et en partie fluctuantes, elles peuvent faire croire à un cystosarcome, ou à un épithélioma ramolli. Le plus souvent, la tumeur étant mal limitée, adhérente à la peau, simulera plutôt un cancer de la variété fibreuse, un squirrhe.

On observe encore, sur des mamelles volumineuses ou présentant des tumeurs à marche un peu lente, des *engorgements hypostatiques* dont il faut connaître l'existence, parce qu'ils gênent quelquefois beaucoup l'exploration et nuisent au diagnostic.

#### 2° Mastites chroniques diffuses.

Le Dentu a décrit, sous le nom de *sclérome phlegmasique temporaire de la mamelle*, une affection caractérisée par une hypertrophie œdémateuse de la peau et des tissus mammaires que Cruveilhier avait déjà observée et décrite sous le nom d'*œdème actif de la mamelle*.

D'autre part, chez les tuberculeux avancés, du côté où les lésions pleuro-pulmonaires sont le plus marquées, on peut voir survenir une véritable mastite inflammatoire subaiguë, due peut-être à une propagation de l'inflammation pleurale à la mamelle et qui se termine par la résolution.

Enfin, pour certains auteurs, la maladie kystique qui sera décrite plus loin serait une véritable mastite diffuse à noyaux multiples.

### CHAPITRE III

#### TUMEURS DE LA MAMELLE CHEZ LA FEMME

La glande mammaire est chez la femme un siège de prédilection pour le développement des tumeurs. Les modifications physiologiques auxquelles elle est continuellement soumise pendant la vie sexuelle, les transformations graduelles qu'elle subit après la ménopause, peut-

être sa situation superficielle qui l'expose aux traumatismes, semblent être les causes de cette prédisposition.

Les tumeurs de la mamelle sont nombreuses et variées. Sur ce terrain semblent s'être donné rendez-vous presque toutes les formations néoplasiques que l'on peut rencontrer dans le corps humain. Cette complexité extrême a encore plus embarrassé, il faut le dire, les anatomo-pathologistes que les cliniciens. Il suffit presque à ces derniers de posséder des notions assez solides pour y asseoir le pronostic et le traitement d'une tumeur déterminée. Les autres, au contraire, devaient chercher à pénétrer l'essence même des productions morbides. Ils ont rencontré dans cette étude des difficultés qui sont loin d'être toutes tranchées en ce moment. La division des tumeurs en familles, genres, et espèces naturelles, la découverte de leur origine première, la connaissance de leur évolution, laissent encore à désirer sur plus d'un point.

Prendre pour base d'une description pathologique une des classifications actuellement admises, faire successivement l'histoire clinique de chaque espèce anatomique, est une œuvre qui ne doit pas être tentée.

Nous préférons, dans un premier paragraphe, exposer l'état de nos connaissances anatomiques sur les tumeurs de la mamelle, et, dans un second, les décrire à un point de vue clinique. Peut-être, en agissant de la sorte, utiliserons-nous les données fournies par le laboratoire, mieux que nous ne le ferions en rapprochant de force des faits fournis par des méthodes d'observation absolument différentes, et qui pour le moment sont loin de se prêter toujours un mutuel appui.

#### I

#### ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES TUMEURS DE LA MAMELLE

##### A. — Tumeurs solides.

Pendant longtemps les différentes tumeurs du sein ont été absolument confondues les unes avec les autres. L'unique moyen de classification employé par les auteurs consistait à les désigner, suivant leur consistance, en squirrhe ou en encéphaloïde.

A. Cooper, Velpeau, puis Cruveilhier, séparèrent les premiers de

la masse confuse des cancers du sein une espèce qui leur parut moins maligne : tumeur mammaire chronique (A. Cooper), fibrineuse ou adénoïde (Velpeau), fibreuse (Cruveilhier).

A cette division fondée purement sur la clinique et l'examen à l'œil nu, l'histologie s'efforça d'apporter des éclaircissements. Lebert opposa le cancer, qu'il considérait comme une production étrangère à l'économie (tumeur hétéromorphe), aux néoplasmes constitués par des éléments semblables aux éléments normaux (tumeur homœomorphe, hypertrophie glandulaire, adénome). Ces derniers, auxquels appartenaient les adénoïdes de Velpeau, étaient par le fait même de leur constitution des tumeurs bénignes.

Cette distinction devait être bientôt rejetée à la fois par la clinique et par l'histologie. La conception des adénomes, dans une forme très compréhensive, telle que Broca l'exposa, parut un moment devoir sauver la doctrine de l'homœomorphie. Broca admettait, à côté des adénomes purs, les adénomes à prédominance du stroma et des adénomes à prédominance glandulaire. Mais la notion même de l'adénome ne tarda pas à être contestée. A côté de quelques rares tumeurs hypertrophiques, qui semblent reproduire parfaitement le type glandulaire, la grande masse des tumeurs dites adénoïdes se partage actuellement entre des tumeurs bien différentes de l'adénome, et qui tirent leur origine, les unes du tissu conjonctif de la mamelle, les autres de l'épithélium glandulaire.

L'origine conjonctive de certaines tumeurs mammaires, d'abord indiquée par Verneuil dans une communication à la Société anatomique (1858), fut bientôt acceptée partout, mais elle ne tarda pas à perdre de sa valeur par son extension même. Sous l'influence des idées de Virchow et de sa théorie cellulaire, on faisait dériver du tissu conjonctif la plupart des néoplasmes, le carcinome en particulier dans ses diverses variétés.

Les tumeurs d'origine épithéliale ne formaient plus, dans cette hypothèse, qu'une classe peu nombreuse de tumeurs bénignes : hypertrophies glandulaires, adénomes purs, avec quelques productions d'une malignité spéciale, nullement comparable à celle du carcinome vrai : cancroïdes ou carcinome épithélial. Un revirement complet dans les idées est venu, depuis quelques années, changer tout cela. La plupart des histologistes considèrent aujourd'hui que le carcinome proprement dit ou carcinome alvéolaire est, à la mamelle

comme partout ailleurs, d'origine purement épithéliale. Après Hannover, Robin et Thiersch, Waldeyer s'est fait, en 1874, dans les *Archives de Virchow*, le défenseur éloquent de cette opinion, qui maintenant semble avoir rallié la plupart des histologistes.

Les tumeurs de la mamelle doivent donc être divisées, au point de vue histologique, en deux grandes classes : tumeurs d'origine conjonctive et tumeurs d'origine épithéliale. Nous allons les examiner successivement.

1<sup>o</sup> *Tumeurs d'origine conjonctive*. — Dans la mamelle, il faut distinguer avec soin le tissu cellulo-adipeux périlobaire et le tissu conjonctif péri-acineux, dont Labbé et Coyne (1876) ont donné une excellente description. Dans quelques tumeurs exceptionnelles, c'est le premier de ces tissus qui est le point de départ de la néoplasie; le plus souvent, le second est seul en cause.

a. *Fibromes*. — On distingue deux espèces de fibromes bien différents : le fibrome diffus et le fibrome circonscrit.

Le *fibrome diffus* forme des tumeurs considérables portant sur la mamelle tout entière, quelquefois d'un seul côté, le plus souvent des deux côtés à la fois. On le désigne souvent sous le nom d'hypertrophie générale des mamelles (Labarraque, Thèse inaug., Paris, 1875) ou d'éléphantiasis du sein. La lésion consiste dans un développement énorme d'un tissu fibreux nouveau, qui se fait aux dépens de tous les éléments conjonctifs de la glande.

Le tissu cellulaire interlobulaire, les parties adipeuses, tout est remplacé par un tissu connectif de nouvelle formation, d'une blancheur lactée, quelquefois mou, d'autres fois assez consistant. Certaines portions de la masse sont souvent plus dures que d'autres, d'où une certaine inégalité de consistance.

Le tissu cellulaire sous-cutané subit la même transformation que le tissu interlobulaire. La peau est tendue, indurée, mais saine. Tantôt les éléments glandulaires ne sont point modifiés ou le sont très peu, tantôt ils participent au développement général, probablement d'une façon toute mécanique.

Après une phase d'hypertrophie qui dure souvent fort longtemps, la mamelle se rétracte; le tissu fibreux de nouvelle formation se comporte à la façon d'un tissu de cicatrice, il revient sur lui-même, étouffe les parties glandulaires qu'il contient, et le fibrome diffus finit ainsi par une véritable *cirrhose atrophique*.

Le *fibrome circonscrit* se développe aux dépens du tissu cellulaire hyalin, dense, riche en noyaux, qui entoure les acini et les plus petits conduits excréteurs de la glande. Il forme des masses arrondies ou ovoïdes, généralement de petit volume (une noix, une petite pomme), mais pouvant atteindre exceptionnellement le volume du poing ou même d'une tête de fœtus. La tumeur est bien limitée, entourée d'une capsule fibreuse et noyée dans un tissu cellulaire lâche, sur lequel elle glisse facilement. Un pédicule, souvent très mince, la relie à la glande mammaire, que l'on retrouve normale et inaltérée, à côté de la production morbide. Sa consistance est toujours ferme, souvent fort dure. A la coupe, elle apparaît, tantôt d'un blanc rosé, tantôt, surtout si elle est un peu ancienne, d'une blancheur aponévrotique, et laisse voir des faisceaux conjonctifs entrecroisés. A l'œil nu, on reconnaît presque toujours l'existence de fentes ou cavités plates ramifiées, dans lesquelles sont logées des végétations formées par un tissu semblable à la masse générale de la tumeur. L'examen microscopique montre un développement énorme du tissu conjonctif péri-acineux, développement qui a eu pour effet d'étirer, d'allonger, d'écarter les culs-de-sac glandulaires. Ce sont eux qui, modifiés de la sorte, forment des lacunes que nous venons de signaler. Les parois des lacunes et la surface des végétations supportent un épithélium cubique ou cylindrique, semblable au revêtement normal des cavités glandulaires. Ces tumeurs se sclérosent, se calcifient à la longue; elles ne se propagent pas aux ganglions; elles ne récidivent point; mais elles semblent pouvoir se transformer en sarcomes et même, d'après Billroth, certains noyaux fibreux, après être restés pendant des années indolents, seraient capables de grossir tout d'un coup et de donner naissance à des carcinomes.

b. *Sarcomes*. — Ils sont, à la mamelle, beaucoup plus rares que les fibromes. Ils se développent tantôt aux dépens du tissu conjonctif interlobaire, — et dans ce cas on ne trouve pas trace, dans la masse compacte qu'ils constituent, de canaux glandulaires, — tantôt aux dépens du tissu conjonctif péri-acineux.

Labbé et Coyne n'admettent guère que ce dernier point de départ. La tumeur occupe à l'origine un seul lobule glandulaire (sarcome circonscrit), ou plusieurs lobules, ou la glande tout entière (sarcome en masse, Cornil et Ranvier). Au début, elle est isolée comme les fibromes par une zone épaisse de tissu fibreux; mais elle ne tarde

pas à franchir cette barrière, et elle envahit les tissus avoisinants de proche en proche par extension graduelle. Elle forme ainsi un tout où ne se retrouvent pas, comme dans le carcinome, des portions de tissu cellulaire adipeux normal, conservées et enchâssées au milieu de la masse morbide. Ce caractère différencie tout de suite à l'œil nu le sarcome du carcinome.

Le sarcome forme des masses de volume variable, en général plus considérable que celui des autres néoplasmes du sein. Les grosses tumeurs qui atteignent et dépassent le volume d'une tête d'adulte lui appartiennent presque toujours. Ces productions sont ovoïdes ou arrondies; elles sont lobées et lobulées à leur surface. Leur consistance est irrégulière, tantôt assez ferme, tantôt molle et quasi fluctuante. On y découvre souvent par le toucher des poches plus ou moins considérables, parfois très grandes, de véritables kystes.

A la coupe, le sarcome se présente sous des aspects très divers, qui s'expliquent bien par le grand nombre des variétés anatomiques connues, et par l'état de jeunesse ou d'ancienneté de la tumeur. Certains sarcomes fermes et presque aussi solides que des fibromes ont une surface unie, résistante, de couleur grise, avec des parties plus vascularisées; d'autres sont mous, presque diffluent, et fournissent au raclage — mais seulement plusieurs heures après leur ablation — un suc tout aussi abondant que le carcinome. Au milieu de masses solides on rencontre des parties plus molles et de couleur jaunâtre: ce sont des portions atteintes de dégénération granulo-graisseuse, qui arrivent à simuler de véritables kystes.

On est frappé, dans la plupart des sarcomes, par la présence de fentes et de lacunes semblables à celles que nous avons indiquées en parlant des fibromes. Surtout dans les tumeurs volumineuses, ce caractère devient très marqué. La masse est parcourue par de larges fentes, qui la divisent en lobes très distincts et contiennent dans beaucoup de tumeurs des végétations, ici rondes, là allongées, dentelées, de forme bizarre, véritable moulage des lacunes, constituées par un tissu de même apparence que la masse de la tumeur. Ces bourgeons existent seuls ou flottent dans un liquide muqueux ou d'apparence laiteuse, qui arrive parfois à constituer de véritables kystes. Ce sont les sarcomes de cette espèce que l'on trouve désignés successivement sous le nom de *cystosarcoma phyllodes* (J. Müller),

hydatide celluleuse (Cooper), cystosarcome proliféré (Billroth), sarcome intra-caniculaire (Virchow).

L'examen microscopique montre, comme on pouvait s'y attendre d'après ce que l'on sait des sarcomes en général, une grande variété dans la structure.

Billroth admet avant tout deux formes : le sarcome mou et le cystosarcome, dont la masse est ordinairement constituée tout entière par des cellules fusiformes, ce qui revient à la distinction en tumeurs embryo-plastiques et tumeurs fibro-plastiques, en sarcomes encéphaloïdes et sarcomes fasciculés.

Les *sarcomes mous*, sarcomes encéphaloïdes ou myéloïdes, sont essentiellement formés de cellules rondes contenues dans un réseau de minces faisceaux conjonctifs. Quelquefois ils offrent tous les caractères du lympho-sarcome. Dans quelque cas, ils constituent de véritables tumeurs alvéolaires qu'à un premier examen on prendrait, à cause de cette apparence, pour des carcinomes. Ce sont des sarcomes mélaniques ou des sarcomes à cellules géantes. On y trouve des vaisseaux volumineux, dilatés, à parois infiltrées d'éléments embryonnaires qui se rompent facilement et donnent naissance à des extravasations sanguines plus ou moins abondantes. Autour de ces sarcomes mous, on trouve çà et là des restes d'acini glandulaires remplis par des masses cellulaires, provenant de la prolifération de l'épithélium des parois glandulaires.

Les *sarcomes fasciculés* constituent les grandes tumeurs à végétations intra-lacunaires. Labbé et Coyne ont bien étudié le mode de formation de ces végétations. Ils les ont suivies de leur origine à leur état de développement parfait. Au début, sous l'influence de l'énorme hyperplasie dont la membrane conjonctive limitante de l'acinus est le siège, les cavités glandulaires prennent un grand accroissement. Elles sont dilatées, allongées et déformées, présentent des portions saillantes et des portions rentrantes disposées de la façon la plus irrégulière. Ce sont ces portions saillantes devenues sarcomateuses qui se développent sous la forme de végétations parfois énormes (sarcome endo-caniculaire). Pendant que la membrane limitante de l'acinus se modifie de la sorte au point de disparaître, confondue avec l'ensemble de la masse morbide, l'épithélium glandulaire présente les marques manifestes d'un processus irritatif de voisinage. Au lieu d'une couche unique, on en trouve deux couches superposées

dont l'interne est formée de cellules plus grandes qu'à l'état normal. Dans le centre de la cavité on observe souvent un magma granulo-graisseux dû à la destruction successive de cellules épithéliales desquamées et en voie de régression.

Le sarcome, ainsi que nous l'avons déjà indiqué, est, à l'origine, nettement capsulé. En se développant, il reste longtemps parfaitement séparable des parties saines qui l'avoisinent. Les sarcomes fasciculés conservent le mieux ce caractère. Pourtant tous les sarcomes, de quelque nature qu'ils soient, peuvent franchir la barrière conjonctive qui les enferme et s'étendre aux parties voisines. Rarement ils envahissent directement la peau. Le plus souvent ils la distendent et amènent sa mortification par arrêt de la circulation au niveau des parties les plus comprimées. On voit alors par une ouverture arrondie saillir un lobe ulcéré, sanieux, noirâtre, de la production sarcomateuse, et l'on constate que la peau est décollée à son pourtour.

Exceptionnellement, la peau est envahie directement par le tissu morbide et se confond avec lui.

Tous les sarcomes ont une tendance à se reproduire sur place lorsqu'ils ont été enlevés.

Beaucoup d'entre eux, les sarcomes mous en particulier, se généralisent avec une extrême facilité. Leur gravité égale, par suite, celle des carcinomes. Ils n'envahissent pas d'ordinaire les ganglions lymphatiques, mais ils vont former des tumeurs secondaires dans les os et surtout dans les poumons. Ici comme partout ailleurs, c'est par la voie veineuse que l'infection semble se faire.

*c. Myxomes.* Les myxomes sont beaucoup plus rares que les sarcomes, du moins en tant que myxomes purs, car les fibro-myxomes et les sarcomes myxomateux ne sont pas exceptionnels. Cornil et Ranvier les croient pourtant assez communs.

Ils peuvent former des tumeurs énormes (myxomes diffus), dans lesquelles tout le tissu interstitiel du sein est envahi, ou des noyaux limités (myxomes lobulaires), développés aux dépens du tissu conjonctif péri-acineux d'un lobule. On retrouve ici, comme dans le fibrome et dans le sarcome, des lacunes et des végétations endocanaliculaires. Ces tumeurs se reconnaissent d'ordinaire à première vue, à cause de leur aspect gélatineux. Lorsqu'elles acquièrent un grand volume, elles déterminent, comme les sarcomes, le sphacèle de la