

peau par excès de pression; mais elles ne l'envahissent jamais. Enlevés complètement, les myxomes récidivent très rarement. Ce sont des tumeurs essentiellement bénignes (Cornil et Ranvier). Gross a pourtant noté l'envahissement des ganglions.

d. *Lipomes*. — On en a observé de très volumineux au niveau de la mamelle; mais presque tous les auteurs s'accordent à les consi-

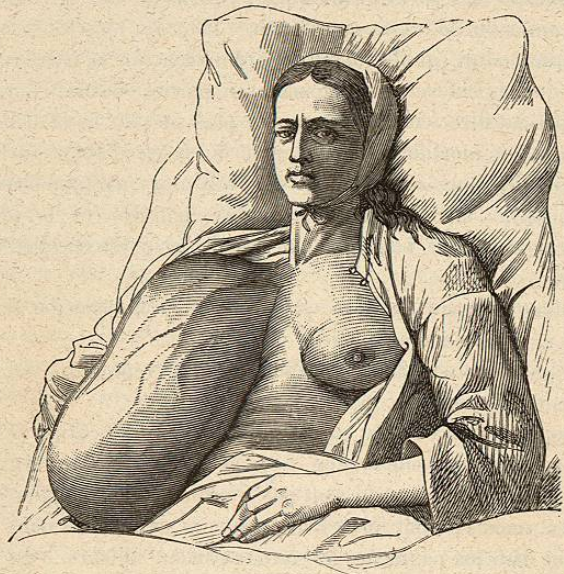


Fig. 59. — D'après Billroth.

dérer comme des tumeurs para-mammaires plutôt que réellement mammaires.

e. *Ostéomes et chondromes*. — La plupart des tumeurs ossiformes indiquées semblent n'être que des infiltrations calcaires dans des fibromes ou dans des parois kystiques.

Les productions chondromateuses sont un peu plus communes; mais presque toutes sont d'une importance tout à fait secondaire. On les rencontre au milieu des tumeurs sarcomateuses, myxomateuses et surtout carcinomateuses. Les chiennes, selon Billroth, seraient fréquemment atteintes de tumeurs semblables.

2<sup>o</sup> *Tumeurs d'origine épithéliale*. — Dans cette seconde série de

productions, le travail pathologique commence par l'épithélium glandulaire et aboutit à la formation de masses dans lesquelles les éléments épithéliaux, généralement plus ou moins altérés, sont prédominants. Le tissu conjonctif avoisinant suit en quelque sorte le mouvement. On distingue dans cet ensemble plusieurs groupes dont nous emprunterons en grande partie la description à Daffaux. (Th. de Paris, 1877, *passim*.)

a'. *Épithélioma typique*. — On trouve assez souvent dans la mamelle des petites tumeurs, rondes ou ovoïdes, légèrement bosselées, mobiles sous la peau et roulant sous le doigt, pédiculées, semblables à des fibromes ou à de petits sarcomes. Tout au plus invoque-t-on, pour les différencier cliniquement de ces derniers, l'irrégularité un peu plus grande de leur surface, leur limitation moins facile, une mobilité un peu moins parfaite sur les parties voisines.

Examinées à l'œil nu sur une coupe, après leur ablation, ces tumeurs présentent le plus souvent l'aspect adénoïde. Sur une surface blanchâtre ou rosée assez lisse se voient de fins îlots d'une substance grenue ou bien de nombreux orifices par lesquels la pression fait sourdre une certaine quantité de liquide analogue à du colostrum. Quelquefois il existe un grand nombre de véritables petits kystes. Sur d'autres tumeurs on trouve des cavités beaucoup plus larges, mais peu nombreuses, et la glande mammaire semble si peu altérée à leur voisinage, que l'on est tenté d'admettre des kystes essentiels.

L'examen microscopique montre que la lésion principale consiste dans le développement relativement énorme des culs-de-sac glandulaires. Ceux-ci ont un volume 20, 50, 40 fois supérieur à leur volume normal. Ce sont eux qui, à l'œil nu, apparaissent sous la forme d'orifices fins et posés les uns contre les autres. Ils donnent à la préparation l'aspect d'un rayon de miel dont les alvéoles représenteraient les culs-de-sac glandulaires, et les cloisons le tissu conjonctif resté ici parfaitement normal.

Ainsi modifiés dans leur volume, les culs-de-sac glandulaires se retrouvent à peu près intacts dans leur structure.

L'épithélium a conservé son caractère normal. Il est toujours disposé sur une seule couche. Il n'emplit, par suite, qu'une petite partie de la cavité. Le centre de celle-ci est occupé par un liquide tantôt semblable à du colostrum, tantôt trouble et visqueux, résultant de la sécrétion ou de la métamorphose des cellules épithéliales. Les kystes

signalés ne sont pas autre chose que l'exagération de ces cavités; on y retrouve l'épithélium ordinaire et une grande quantité d'un liquide souvent modifié par un épanchement sanguin plus ou moins abondant. De temps en temps, cependant, on trouve dans ces cavités de petites végétations purement épithéliales quelquefois, ou formées par un prolongement conjonctif de la paroi que recouvre une couche de cellules absolument semblables à celles qui tapissent la paroi kystique (Billroth, Labbé et Coyne).

Fait capital, la membrane d'enveloppe de l'acinus est intacte, et le tissu conjonctif voisin reste absolument passif.

Ces tumeurs méritent le nom d'épithéliomas typiques de la mamelle, puisqu'elles sont uniquement caractérisées par une prolifération exagérée de l'épithélium glandulaire avec conservation parfaite de la forme et de la disposition typique de cet épithélium.

Il est probable que toutes les petites cavités résultent de la dilatation des culs-de-sac préexistants; dans un bon nombre de cas, en pressant la tumeur on faisait sourdre un liquide par le mamelon, ce qui démontre la continuité des canaux glandulaires avec les petits kystes. Pourtant, quelques auteurs pensent qu'il peut se former de toute pièce des acini sans canaux excréteurs (Broca, Robin, Cadiat). La question n'est pas définitivement tranchée. Elle ne le sera pas facilement.

Ces tumeurs, généralement désignées jusqu'ici sous le nom d'adénomes et particulièrement d'adénomes kystiques, sont bénignes. Le fait même de se développer suivant le processus que nous avons indiqué et de persister longtemps sans modification notable du tissu conjonctif voisin implique la bénignité. Enlevées, elles ne récidivent pas. Laisser en place, elles persistent indéfiniment sous cette forme. Cependant, elles peuvent évoluer suivant différents types: l'adénofibrome quand le tissu conjonctif évolue vers le type fibreux, l'adénomyxome quand il subit la transformation muqueuse. On les a vues quelquefois, après des années d'indolence et de passivité, devenir tout à coup actives, s'accroître, et donner naissance à de véritables cancers, par suite d'une évolution du tissu conjonctif suivant le type embryonnaire (adénosarcome), ou d'une prolifération atypique de l'épithélium. On expliquait ces faits par une transformation de la tumeur alors qu'on n'y doit voir qu'un fait d'évolution heureusement peu commun.

b'. *Épithélioma métatypique ou atypique.* — On peut considérer cette forme comme un degré plus avancé de la précédente; mais il faut convenir que le plus souvent chaque tumeur, dès l'origine, présente ses caractères définitifs. L'épithélioma métatypique ou atypique constitue des tumeurs de volume moyen assez régulièrement arrondies, mais bosselées, quelque peu lobulées et irrégulières à leur surface et à leur périphérie. Elles sont moins unies que les sarcomes, auxquels on pense tout d'abord; elles semblent plus compactes, plus lourdes. On n'y trouve pas de parties véritablement fluctuantes, mais des points plus mous. On ne les isole pas facilement du reste de la glande.

La coupe examinée à l'œil nu est d'un blanc grisâtre ou rosé, avec de petites masses granuleuses qui lui donnent un aspect rugueux. Par la pression, on fait sourdre des amas arrondis ou vermiciformes, logés dans des vacuoles dont la surface de section est littéralement criblée. En quelques points se voient des kystes de très petite dimension, dépassant rarement le volume d'une lentille ou d'un pois.

L'examen microscopique montre ici une modification profonde dans l'épithélium des culs-de-sac glandulaires. Nous n'avons plus, comme dans le type précédent, une couche unique de cellules semblables aux cellules de l'épithélium normal: tantôt la cavité contient des masses épithéliales souvent caséuses à leur centre et qui la remplissent complètement; tantôt les cellules, disposées en couches multiples, laissent subsister à leur centre une petite cavité kystique. Malassez, qui a bien étudié cette disposition de l'épithélium, a fait voir que dans ce dernier cas les cellules les plus profondes, celles qui répondent directement au liquide kystique, forment un revêtement régulier et reprennent la forme typique normale.

Ce point est d'autant plus frappant que partout ailleurs les cellules contenues dans les culs-de-sac glandulaires sont singulièrement altérées dans leurs formes. Elles ont pris un volume énorme; elles sont irrégulières, toutes différentes les unes des autres: polyédriques, prismatiques, rondes, en raquettes, fusiformes, etc. Elles contiennent des noyaux volumineux et nombreux, remplis de nucléoles brillants. Ces caractères sont exactement ceux des cellules cancéreuses.

Les conduits glandulaires des portions malades sont le plus souvent le siège de lésions analogues à celles des culs-de-sac glandulaires; ils

sont dilatés et déformés par l'accumulation des mêmes éléments épithéliaux. L'ensemble des parties altérées forme des bourgeons épithéliaux très volumineux munis de prolongements multiples sous la forme de bourgeons secondaires.

La membrane limitante des acini se retrouve souvent intacte autour de ces bourgeons épithéliaux; le tissu conjonctif serré qui forme une sorte de capsule autour de chaque lobule à l'état normal, et en dehors duquel, ainsi que Labbé et Coyne l'ont si bien montré, prennent naissance des lymphatiques de la mamelle, ce tissu conjonctif est souvent respecté. Quelquefois pourtant il est infiltré de petites cellules. Tant que persistent la membrane limitante de l'acinus et l'enveloppe conjonctive périlobulaire, l'épithélioma métatypique n'a pas de tendance à se généraliser et les ganglions restent indemnes. Dès qu'elles sont envahies, perforées par les bourgeons épithéliaux, la tumeur prend un autre caractère. Un épithélioma diffus, un véritable carcinome a pris naissance.

Cette forme de tumeur répond sans doute à ces tumeurs adénoïdes signalées par Velpeau qui, une fois enlevées, récidivaient comme cancer; elle est décrite par Rindfleisch et Billroth sous le nom de carcinome épithélial vrai, par Waldeyer sous celui de carcinome kystique. Ce sont les épithéliomas intra-canaliculaires de Labbé et Coyne.

*c'. Épithélioma diffus, carcinome mammaire.* — Les raisons de croire que le carcinome n'est partout qu'une tumeur d'origine épithéliale ont été parfaitement indiquées par Waldeyer. Desfosses, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1881), expose clairement la même théorie. La plupart des auteurs modernes l'adoptent. Nous nous bornerons à faire remarquer, avec Desfosses, que le carcinome « n'a guère été décrit comme lésion primitive que dans des organes épithéliaux, et que les quelques cas contraires doivent être considérés comme des erreurs d'observation ».

La première hypothèse, celle des cellules spécifiques développées au sein d'un blastème déposé dans les alvéoles du tissu conjonctif, la théorie de Virchow qui fait naître les éléments cancéreux de cellules embryonnaires dérivées du tissu conjonctif, enfin la doctrine de la diapédèse (Conheim), qui un instant fut invoquée pour expliquer l'origine de ces mêmes cellules embryonnaires, tout a disparu devant les faits qui montrent les transitions les plus nettes entre l'épithé-

lium glandulaire normal ou à peine altéré et les masses épithéliales diffuses du carcinome. C'est la mamelle qui a fourni les plus beaux exemples.

Les carcinomes sont des tumeurs constituées par un stroma fibreux, limitant des espaces alvéolaires que remplissent des masses cellulaires épithéliales semblables à celles que nous avons décrites dans l'épithélioma métatypique. La disposition réciproque du tissu fibreux et des masses épithéliales est assez variable. Quelquefois ces dernières occupent des loges arrondies ou ovoïdes très développées, de véritables alvéoles; dans d'autres cas elles sont réunies de façon à former des cylindres plus ou moins volumineux qui éveillent tout d'abord l'idée d'une cavité glandulaire remplie d'épithélium; mais ces cylindres n'ont aucune membrane enveloppante; ils s'anastomosent souvent entre eux; les cellules qui les constituent ont des formes spéciales. Il arrive enfin que les cellules ne forment que de minces traînées allongées unies les unes aux autres par des anastomoses transversales, formant ainsi des mailles qui donnent à l'ensemble un aspect trabéculaire.

Quelle que soit la disposition du stroma et des masses épithéliales, on décrit à la mamelle deux variétés principales de carcinomes : 1° Le *squirrhe* (forme dure); 2° l'*encéphaloïde* (forme molle). Une troisième variété : cancer *gélatineux* ou *colloïde*, dans laquelle les masses épithéliales ont subi la transformation colloïde au point de donner naissance à une substance homogène et transparente, est absolument rare.

Entre l'encéphaloïde et le squirrhe, la différence consiste surtout dans la façon dont se comportent les unes par rapport aux autres les travées conjonctives et les masses épithéliales.

Dans le squirrhe, les premières sont prédominantes; elles prolifèrent avec énergie, tandis que les parties épithéliales végètent en quelque sorte. Les travées, après avoir acquis un développement considérable, sous la forme de tissu conjonctif embryonnaire, se rétractent parfois, subissent une transformation en quelque sorte cicatricielle et finissent par étouffer par places les éléments épithéliaux (squirrhe atrophique, cicatrisant). Dans l'encéphaloïde, ce sont au contraire ces derniers qui amènent la disparition des travées fibreuses.

De nombreux vaisseaux sanguins, dont beaucoup sont de nouvelle formation et n'ont que des parois embryonnaires, courent dans le

tissu conjonctif. Les vaisseaux lymphatiques s'ouvrent à plein canal (Ranvier) dans les espaces remplis de cellules épithéliales.

Les carcinomes encéphaloïdes forment des tumeurs notables. Le squirrhe n'est souvent qu'un simple noyau présentant des ramifications sous-cutanées comparées aux pattes d'un crabe. Mais tous deux ont ce caractère commun de n'être en aucune façon isolables des parties voisines. Aucune capsule ne les recouvre; ils adhèrent de bonne heure à la peau et profondément aux aponévroses, aux muscles et au squelette du thorax; ils se confondent avec la glande qui se perd dans leur épaisseur; les travées fibreuses qui entrent dans leur constitution tiraillent les vaisseaux galactophores qu'elles ont englobés et produisent par leur intermédiaire la rétraction du mamelon. Tous les deux fournissent par le raclage pratiqué sur une coupe un suc abondant, plus épais et plus facile à obtenir dans l'encéphaloïde (suc cancéreux). Enfin tous deux envahissent de très bonne heure les vaisseaux lymphatiques et par leur intermédiaire se propagent aux ganglions lymphatiques de l'aisselle avant d'infecter l'économie tout entière. Nous décrirons plus tard l'évolution clinique de ces tumeurs malignes.

B. — *Tumeurs liquides de la mamelle : kystes.*

En dehors des *kystes dermoïdes* dont l'existence est à peine bien établie, des *kystes hydatiques*, affection bien observée, mais très rare, du *galactocèle*, sur l'origine duquel on n'est pas parfaitement d'accord, et de quelques kystes consécutifs à la *rétraction cicatricielle* des conduits glandulaires, que l'on admet plutôt théoriquement qu'autrement, les kystes observés à la mamelle compliquent toujours pour ainsi dire de véritables tumeurs solides.

Nous avons déjà signalé des dilatations kystiques des acini et des conduits glandulaires dans les fibromes, les sarcomes et les myxomes. Il arrive parfois que la production solide est insignifiante, qu'une petite végétation endo-canaliculaire, un bourgeon papillaire la constitue seul, tandis que la poche kystique est plus ou moins considérable.

Parmi les tumeurs d'origine épithéliale, nous avons cité les épithéliomas typiques à développement kystique. La maladie kystique des mamelles, de Reclus, dont nous donnerons plus loin la description,

appartiendrait, selon Brissaud, à cette variété de tumeur. On a bien signalé quelques productions kystiques dans le carcinome (carcinome kystique et vilieux de Cornil et Ranvier), mais elles sont toujours fort petites, et impossibles à reconnaître cliniquement. L'existence des kystes bien développés doit éloigner l'idée d'un carcinome.

II

ÉTUDE CLINIQUE DES TUMEURS DE LA MAMELLE

Les tumeurs de la mamelle doivent être distinguées au point de vue clinique en deux grandes classes :

- A. *Les tumeurs liquides.*
- B. *Les tumeurs solides.*

A. — *Tumeurs liquides.*

Laisant de côté les tumeurs rares que nous indiquons tout à l'heure : kystes dermoïdes, hydatiques, par rétraction cicatricielle des conduits galactophores, et les kystes qui compliquent les tumeurs, nous n'avons à étudier ici que le galactocèle et la maladie kystique de la mamelle. Cette dernière est, à vrai dire, interprétée comme une forme de l'épithélioma typique et comparée à ce point de vue aux tumeurs kystiques de l'ovaire (Brissaud); mais comme les kystes constituent en somme toute la maladie, et qu'ils ne reposent pas ici sur une masse solide surajoutée, on doit au point de vue clinique les ranger parmi les tumeurs de la mamelle.

1° *Galactocèle.* — Le galactocèle ou kyste laiteux, affection peu commune, consiste dans une poche renfermant soit du lait pur, soit un contenu mi-partie liquide, mi-partie solide, dérivé évidemment du lait.

La poche est constituée par la dilatation d'un conduit glandulaire : conduit galactophore ou branche originaire de ce conduit. A sa face interne, on trouve des petits orifices qui conduisent dans des acini glandulaires accolés à sa surface. La dilatation du conduit galactophore résulte, non d'une occlusion mécanique qui amènerait plutôt l'atrophie des acini correspondants, mais d'un trouble d'origine inflammatoire dans l'activité des cellules épithéliales (Delbet).