

à-dire qu'on peut la déplacer entre la peau et la paroi thoracique. Elle se développe lentement, sans occasionner ni gêne ni douleur.

Les causes en sont obscures : on a noté l'existence d'abcès, d'inflammations, d'engorgements antérieurs de la mamelle, des coups sur le sein, les frottements du corset, des troubles de la menstruation.

Le diagnostic est en général facile : l'hypertrophie partielle se distingue de l'*encéphaloïde*, en ce que la première acquiert rarement un grand volume ; des *kystes* à parois épaissies et des tumeurs *fibro-plastiques*, en ce que ces deux dernières productions sont plus denses et ont plus de fixité. Il est moins aisé de distinguer l'hypertrophie partielle de certaines *indurations squirrheuses*. Il sera question plus loin du diagnostic différentiel de l'hypertrophie partielle et des tumeurs *adénoïdes*. Bornons-nous à faire remarquer pour le moment que, dans l'hypertrophie partielle, la tumeur fait partie intégrante de la mamelle, tandis que l'adénoïde est une production de nouvelle formation.

L'hypertrophie partielle de la mamelle peut devenir le siège, au bout d'un certain temps, de transformations diverses ; le tissu de la tumeur se raréfie et il s'y produit des vacuoles, des kystes ; c'est ainsi que prennent naissance certaines tumeurs *fibro-cystiques* du sein.

On combat l'hypertrophie partielle de la mamelle par les topiques résolutifs et fondants. Si l'hypertrophie se complique d'un kyste peu volumineux, on pratique une injection iodée dans la poche ou on traverse celle-ci avec un séton. L'extirpation de la tumeur est préférable lorsqu'il existe un grand nombre de kystes, ou lorsqu'il existe un seul kyste ayant atteint un volume considérable.

**TUMEURS ADÉNOÏDES.** On les a aussi appelées *tumeurs fibreuses* ou *corps fibreux de la mamelle* (Cruveilhier), *tumeurs fibrineuses* (Velpeau), *tumeurs mammaires chroniques* (A. Cooper), *mammary sarcoma* (Abernethy), *cysto-sarcome* (Muller), *hypertrophie glandulaire* (Lebert), *adénocèle* (Birkett), *tumeur glandulaire de la mamelle* (Paget). La dénomination d'*adénoïdes* nous semble préférable, attendu qu'elle ne préjuge rien sur la nature de la production morbide, qu'elle rappelle seulement à l'esprit la ressemblance de ces tumeurs avec le tissu glandulaire.

**Anatomie pathologique.** Ces tumeurs se rencontrent dans toutes les régions de la mamelle et à toutes les profondeurs de l'organe ; c'est à tort que Lebert en place le siège exclusif à la circonférence externe. Le volume varie depuis une noisette jusqu'à une tête d'adulte. Une tumeur de ce genre que j'ai vue à l'hôpital de la Charité, dans les salles de Velpeau, pesait 20 kilogrammes. La forme en est généralement bosselée, irrégulière ; la consistance élastique. Le plus souvent, on n'en rencontre qu'une seule ; d'autres fois, il en existe plusieurs dans une seule ou dans les deux mamelles. L'aspect de la tumeur est celui d'un ganglion lymphatique raréfié et hypertrophié. La coupe offre une apparence légèrement lobulée et friable ; ou bien elle ressemble à une concrétion légèrement lobulée. La texture en est assez ferme, homogène. La tumeur ressemble au tissu de la

mamelle ou au tissu d'une tumeur fibreuse. Les tranches de la production morbide ont un aspect luisant, granulé ou grenu. Si l'on comprime la tumeur, on n'en fait pas suinter un suc trouble ainsi que cela arrive pour les tumeurs cancéreuses.

Les adénoïdes de la mamelle ont quelquefois l'aspect d'un chou-fleur à tissu serré, ou bien encore l'apparence d'une grenade ; d'autres ressemblent au feuilleté du cervelet, à un lobe glandulaire, à une sorte de glande artificielle. Il n'est pas rare de rencontrer dans l'intérieur de la tumeur des *kystes* de volume variable, tapissés sur leur face interne d'épithéliums de la glande mammaire, renfermant un liquide tantôt transparent et gluant, tantôt d'un rouge brun, contenant parfois des cristaux de cholestérine. Ces kystes sont simples ou multiloculaires. Il sera question dans un instant des rapports que présente la tumeur adénoïde avec le tissu mammaire.

Examiné à un grossissement de vingt à quarante diamètres, le tissu des adénoïdes présente les éléments primitifs du tissu glandulaire, c'est-à-dire des culs-de-sac terminaux (*a, a, a*) réunis en groupe ou isolés, de forme arrondie ou ovoïde, d'une largeur qui varie d'un cinquième à un douzième de millimètre.

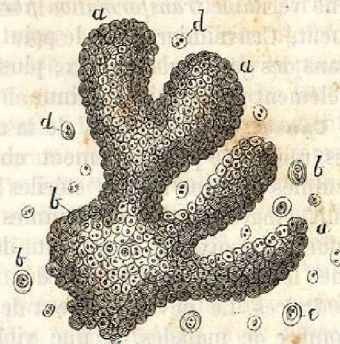


Fig. 221.

À la surface interne des lobules, on trouve un épithélium arrondi ou cylindrique, composé de cellules (*b, b*) de  $0^{\text{mm}},01$  à  $0^{\text{mm}},012$ , pourvues d'un noyau (*d, d*) rond ou ovoïde de  $0^{\text{mm}},005$  à  $0^{\text{mm}},0075$  renfermant lui-même un ou deux nucléoles (*c, c*) punctiformes. Les cellules sont souvent infiltrées de granules gras.

**Nature de la tumeur.** Deux opinions règnent encore aujourd'hui sur cette question : ceux qui ne tiennent compte que de la structure microscopique du produit, considèrent les adénoïdes comme des *hypertrophies glandulaires*, parce qu'ils y trouvent des éléments anatomiques normaux du tissu mammaire. Ils invoquent encore un autre argument en faveur de cette manière de voir : c'est la *continuité constante, d'après eux, entre la tumeur adénoïde et le reste du tissu mammaire par l'intermédiaire d'un pédicule*. D'autres chirurgiens, à l'instar de Velpeau, considèrent l'adénoïde comme une tumeur de *nouvelle formation*, reconnaissant pour point de départ un produit morbide, tel que du sang, de la lymphe plastique, du pus, déposés au milieu des éléments normaux du tissu mammaire ; d'après eux, le pédicule glandulaire n'est pas constant, et lorsqu'on le trouve, rien ne démontre que cette *continuité soit primitive, au lieu d'être la conséquence du contact prolongé de la production morbide avec les tissus normaux*.

D'après le professeur Cruveilhier, les *corps fibreux* de la mamelle passent par deux périodes : dans la première, tous les éléments du tissu de la glande ne sont pas envahis ; on trouve des traces non équivoques du tissu



glandulaire et des canaux galactophores; dans la seconde, tout vestige du tissu glanduleux a disparu à l'œil nu et au microscope; il ne reste que du tissu fibreux. La texture des tumeurs est différente selon les cas, ce qui permet d'en établir trois formes : la forme *feutrée*, dans laquelle la tumeur présente les mêmes caractères que les corps fibreux de l'utérus, c'est-à-dire des fibres d'apparence nacrée entre-croisées dans toutes sortes de directions; la forme *granuleuse*, caractérisée par des granulations du volume d'un grain de mil, très-dures, tantôt isolées, tantôt groupées; enfin la forme *lobuleuse*, qu'il est inutile de définir. Il résulte de cette étude que les tumeurs adénoïdes de la mamelle sont, dans un certain nombre de cas, une véritable *transformation fibreuse* des éléments de la glande. Effectivement, Cruveilhier place le point de départ des corps fibreux mammaires dans des grains glanduleux; plus tard, dit-il, l'élément fibreux domine et l'élément glandulaire diminue.

**Causes.** Les adénoïdes de la mamelle sont une affection commune. On les rencontre principalement chez les femmes non mariées ou chez les femmes mariées restées stériles; chez de jeunes personnes de seize, dix-huit, vingt ans; chez des femmes restées célibataires, de trente, trente-six, quarante, soixante et soixante-douze ans; on les rencontre souvent aussi chez les femmes qui ont eu des enfants, et même chez celles qui ont été nourrices. Le développement de la tumeur est rattaché, pour un certain nombre de malades, à une violence extérieure exercée antérieurement sur le sein. Cette circonstance a donné lieu à la théorie, professée par Velpeau, sur le rôle qu'il attribue, dans le développement des tumeurs adénoïdes, aux transformations du sang épanché dans le tissu de la mamelle (voy. p. 488).

**Symptômes.** Les adénoïdes de la mamelle se présentent sous la forme d'une tumeur dont le volume varie généralement entre une noisette et un œuf de poule; cette tumeur est mobile, roulant sous les doigts, qui ont quelquefois de la peine à la saisir; d'une consistance élastique assez dure, ne présentant ni la sensation de rigidité du squirrhe, ni la mollesse de l'encéphaloïde; quelquefois à surface irrégulière, grenue; donnant au toucher, dans quelques cas, une sensation semblable à celle d'un paquet de grains de riz; ordinairement indolente, ou seulement douloureuse à l'époque des règles; ne contractant d'adhérences ni avec les téguments, ni avec les parties musculaires profondes; se développant, en général, avec lenteur, soit à la suite d'un coup, soit sans cause appréciable; affectant de préférence des femmes jeunes, mariées ou non, jouissant d'ailleurs d'une bonne santé, à part des irrégularités menstruelles; laissant les ganglions de l'aisselle indemnes de tout engorgement.

Abandonnées à elles-mêmes, ces tumeurs ont en général une durée longue; parfois elles restent stationnaires; dans d'autres cas elles disparaissent spontanément; ou bien au contraire elles subissent un accroissement rapide aux approches de l'âge critique. C'est alors qu'elles prennent parfois un développement énorme, au point de peser jusqu'à 20 kilogrammes. Tel était le cas d'une femme, âgée de cinquante et un ans, que

j'ai vue dans les salles de Velpeau; la tumeur datait de quatre ans; elle renfermait un grand nombre de kystes volumineux à liquide séro-purulent, pendant que l'énorme masse solide ne présentait au microscope que des culs-de-sac glandulaires renfermant de l'épithélium. En général, les adénoïdes qui acquièrent un grand volume présentent une transformation de quelques-unes de leurs bosselures en kystes dont le contenu est variable: du sérum roussâtre ou noirâtre, une matière glaireuse ressemblant au liquide synovial, des pelotons mollasses, fongueux, jaunâtres ou rosés; des grumeaux ressemblant à du caséum, du tubercule, du pus concret, de la matière colloïde. C'est alors que la masse morbide peut s'enflammer, la peau qui la recouvre, rougir, devenir douloureuse et s'ulcérer; la tumeur parvenue à ce point d'évolution, ressemble à un vaste cancer ramolli ou ulcéré.

**Diagnostic.** La mobilité de la tumeur, le défaut d'adhérence de la peau qui la recouvre, l'absence d'élancements, de fluctuation; la marche lente de la maladie, l'intégrité de la santé générale, l'absence d'engorgement ganglionnaire de l'aisselle, sont autant de caractères appartenant en propre aux adénoïdes. A. Richard avait cru que l'existence d'un suintement sanguinolent ou séreux par le mamelon était un caractère propre aux tumeurs bénignes de la mamelle. L'observation clinique n'a pas justifié cette proposition. Le *squirrhe* n'est jamais isolé dans le sein; il se continue toujours avec le tissu mammaire par des prolongements plus ou moins nombreux; la peau lui adhère. Les adénoïdes volumineuses, avec bosselures, amincissement, rougeur, développement de capillaires veineux de la peau, ressemblent à l'*encéphaloïde*; mais ce dernier a un développement plus rapide et s'accompagne d'adénite axillaire. Les *kystes* sont rénitents et fluctuants; on ne peut les isoler du tissu mammaire comme on le fait pour l'adénoïde; toutefois un kyste profond se distingue difficilement d'une tumeur adénoïde qui occupe la même situation, parce qu'alors les principaux caractères différentiels entre les deux espèces de tumeurs, c'est-à-dire la fluctuation et la mobilité, manquent dans les deux cas. Les cliniciens qui distinguent les tumeurs adénoïdes de l'*hypertrophie partielle* de la mamelle ajoutent que, dans cette dernière, la tumeur, tout en présentant les caractères propres à l'adénoïde, en diffère parce qu'elle se continue avec le tissu de la mamelle.

**Pronostic.** Il est moins grave que pour les tumeurs cancéreuses du sein. Ces dernières récidivent *fatalement*, infectent l'économie et conduisent à la mort après un temps plus ou moins court. L'adénoïde peut rester stationnaire pendant des années, sans déterminer de troubles de la santé. Cela ne veut pas dire que, dans certains cas exceptionnels, l'adénoïde ne puisse dégénérer en cancer. Bennet a cité quelques faits en faveur de cette opinion; j'ai constaté moi-même cette transformation, et Velpeau a relaté l'observation d'une tumeur franchement cancéreuse par récidive, quatre mois après l'ablation d'une tumeur franchement adénoïde. D'un autre côté, Jarjavay a opéré une malade d'une adénoïde qui a récidivé sur *place*, cinq fois, sans jamais cesser de présenter les caractères de la tumeur primitive. Il ne faut donc pas considérer les adénoïdes du sein