

bés 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 seule, 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 de kystes bien développés doit éloigner l'idée d'un carcinome.

§ 2. 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.

Laissant 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 liquides 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 de petits orifices qui conduisent dans des acini glandulaires accolés à sa surface.

On y a trouvé du lait très pur, qui s'était parfois conservé longtemps, qui dans d'autres cas était sécrété directement en dehors même de la lactation : une fois, chez une femme de cinquante ans (Bouchacourt), vingt ans après le dernier accouchement. Le lait était ailleurs transformé soit en une crème épaisse, soit en un coagulum flottant dans une sérosité citrine. Dans quelques cas, les parties liquides se résorberaient, et il resterait un magma butyreux susceptible de s'infiltrer de sels calcaires et de fournir des *pierres mammaires*.

Le galactocèle apparaît ordinairement pendant la lactation ou au moment du sevrage, exceptionnellement pendant la grossesse, plus rarement encore plusieurs années après le dernier accouchement. On l'a observé une fois chez l'homme. (Velpeau.)

Dans les premiers moments il se développe rapidement et prend vite des dimensions notables, puis il reste souvent stationnaire. Cependant on le voit parfois s'accroître peu à peu d'une façon indéfinie.

Dans un cas de Volpi rapporté par Scarpa, la tumeur contenait 10 litres de lait.

Les symptômes sont nuls. La tumeur est gênante par son volume; mais elle n'occasionne aucun trouble fonctionnel. La lactation même n'est pas entravée, car l'affection ne stérilise qu'une des dix à douze glandes qui par leur réunion constituent la mamelle.

Le diagnostic est simple. On reconnaît sans peine que l'on est en face d'une tumeur kystique, et l'on est amené à faire une ponction qui lève tous les doutes.

Le traitement le meilleur serait probablement l'ablation de la poche, qui seule permettrait d'obtenir la réunion par première intention.

2^e *Maladie kystique des mamelles.* — L'un de nous, Paul Reclus, a décrit sous le nom de maladie kystique des mamelles une affection singulière et qui est loin d'être rare, puisque l'auteur en a observé six cas portés bientôt à onze par son élève Macary. Depuis, leur nombre s'est considérablement accru, et Verneuil, Poncet de Lyon, Mounoury, d'autres encore ont vu un ou plusieurs de ces faits.

« La maladie de Reclus » présente trois caractères bien nets : d'abord les kystes en nombre considérable se développent en tissu sain ; or, d'ordinaire, il n'en est pas ainsi, et l'on sait que les cavités se creusent au milieu d'une tumeur, sarcome, épithélioma, carcinome ; ensuite les kystes occupent, non une partie de la glande, mais la glande tout entière, aussi bien à son centre qu'à sa périphérie ; enfin l'affection est le plus souvent bilatérale ; les deux mamelles sont atteintes simultanément ou consécutivement, signe d'une grande importance, car les néoplasmes qui envahissent à la fois les deux glandes sont très exceptionnels.

De ces kystes, les uns sont microscopiques, d'autres ont le volume d'une tête d'épingle, d'un grain de raisin, d'un œuf de pigeon ou même de poule ; leur contenu est tantôt clair, transparent, citrin, tantôt verdâtre, noir, jaune, café au lait, visqueux, demi-solide, chargé de globules huileux, de substance athéromateuse. La dissection et l'isolement des kystes donne souvent à la mamelle l'aspect d'une grappe de raisin, à grains de couleurs variées.

Ces tumeurs sont difficiles à reconnaître, avant l'ablation de la mamelle. La présence d'une cavité volumineuse et qui parfois dépasse la grosseur d'un œuf de pigeon pouvait faire noter la fluctuation

parmi les signes de la maladie kystique. Il n'en est rien, et Broca, Verneuil, Terrier ont, dans les cas qu'ils ont observés, cru à une tumeur solide. L'existence de bosselures irrégulièrement disséminées dans la glande, la bilatéralité de la lésion, la sensation d'une glande injectée au suif, permettra cependant d'établir le diagnostic dans la plupart des cas. On ne pourrait confondre la maladie kystique qu'avec certains fibromes multiples et certaines mastites chroniques.

La nature de ces tumeurs, telle que la révélait l'anatomie pathologique, n'était pas sans inspirer quelques inquiétudes. Les examens de Malassez, de Brissaud et de Cornil ont en effet prouvé, comme nous l'avons déjà dit, que ces tumeurs sont des *épithéliomas kystiques*. Les cellules épithéliales proliférées semblent donc pouvoir théoriquement franchir l'enveloppe conjonctive des acini et engendrer de véritables cancers alvéolaires. Cornil a pu, dans un cas de Verneuil et Reclus, constater cette irruption.

Pour éviter la transformation de l'épithélioma kystique en carcinome, il était donc naturel d'en pratiquer l'ablation le plus tôt possible. La règle était posée en ces termes : on opérera de bonne heure ; les deux mamelles presque toujours simultanément atteintes seront enlevées le même jour ou l'une après l'autre à un certain intervalle ; tout le tissu glandulaire sera disséqué et extirpé avec le plus grand soin, car la persistance d'un seul lobule est un prétexte à repullulation. Les résultats de l'intervention ainsi formulée ont toujours été satisfaisants. Le mal n'a jamais récidivé après les opérations, et Reclus a des opérés qu'il suit depuis 10, 9 et 8 ans. Mais un examen plus attentif des faits semble montrer que les craintes inspirées par l'examen histologique sont quelque peu imaginaires, et dans une récente discussion à la Société de chirurgie les orateurs se sont accordés à reconnaître que jusqu'ici ces tumeurs abandonnées à elles-mêmes sont toujours restées bénignes, ce qui fait de l'opération une question d'opportunité et non de nécessité.

B. TUMEURS SOLIDES DE LA MAMELLE.

Beaucoup de néoplasmes possèdent dès leur apparition des caractères propres, et précisément ces caractères témoignent d'une malignité spéciale qui ne fera que s'accuser avec le temps. Ce sont les carcinomes que nous avons décrits plus haut au point de vue anatomo-

mique comme des épithéliomas diffus. On les désigne cliniquement sous le nom de tumeurs malignes de la mamelle.

Les autres forment la grande catégorie des tumeurs bénignes. Par malheur cette expression est absolument impropre. Pour qu'elle corresponde plus exactement à la réalité clinique, il faudrait dire : tumeurs qui à leur début et pendant un temps plus ou moins long présentent les attributs de la bénignité, en sous-entendant que parmi elles certaines sont destinées à rester réellement toujours bénignes, tandis que d'autres sont capables d'évoluer plus tard de la façon la plus dangereuse. Les sarcomes sont dans ce cas. Après une période pendant laquelle ils ressemblent à toutes les autres tumeurs bénignes de la mamelle, ils peuvent prendre une marche et revêtir des caractères qui les rapprochent des pires carcinomes. Quelques auteurs les signalent comme intermédiaires en quelque sorte aux tumeurs malignes et aux tumeurs bénignes.

Ces réserves faites, on doit encore, au point de vue clinique, retenir la distinction des tumeurs en malignes ou carcinomateuses et bénignes ou, mieux, non carcinomateuses.

1° Tumeurs malignes ; carcinomes de la mamelle.

Étiologie. — On discute encore la question de savoir s'il faut attribuer quelque valeur *aux causes occasionnelles* que les femmes invoquent assez souvent. Les coups sur la mamelle, fort redoutés à cause de l'influence que le public leur prête, ne sont peut-être pas sans influence. On ne les trouve pourtant pas signalés une fois sur 10 (7 pour 100, Billroth). Le psoriasis du mamelon (Paget), l'intertrigo qui siège sur les mamelles pendantes, dans le pli pectoro-mammaire (Winiwarter), auraient dans quelques cas été le point de départ de l'affection. La préexistence d'abcès mammaires ne semble en aucune façon prédisposer au cancer. Les deux affections étant fort communes, il n'est pas étonnant qu'elles aient été notées sur le même sujet; mais il ne s'agit là que d'une coïncidence.

Parmi les causes *prédisposantes*, l'âge a l'influence la plus remarquable. C'est entre 40 et 60 ans que se voient le plus grand nombre des cancers de la mamelle. Presque inconnus avant 20 ans, encore très rares jusqu'à 30, c'est aux environs de 50 ans qu'ils se rencontrent le plus souvent. On en observe jusque dans la plus extrême vieillesse.

L'hérédité joue ici comme dans tous les autres cancers un rôle prépondérant.

On n'est pas fixé sur l'influence que peuvent avoir les grossesses antérieures, la lactation, les rapports sexuels, la régularité ou les troubles de la fonction menstruelle. Il est infiniment probable que toutes ces causes sont négligeables.

Une mamelle est-elle plus prédisposée que l'autre? La statistique de Velpeau indiquait une fréquence plus grande à gauche : 265 contre 548. D'autres tableaux fournissent des rapports inverses. Ainsi, dans une statistique de l'hôpital général de Vienne, nous trouvons 161 cas à droite contre 144 à gauche.

Les tableaux très concordants de Gross et de Billroth montrent que sur 100 tumeurs de la mamelle, plus de 80 sont des carcinomes.

Symptômes et marche du cancer de la mamelle. — Si l'on se reporte à l'anatomie pathologique de l'épithélioma diffus, ou carcinome mammaire (page 572), on y trouvera indiquées brièvement, comme des conséquences forcées du mode de développement de cette tumeur : sa diffusion dans la glande mammaire et son absence de limites précises, son adhérence précoce, d'une part à la peau et, d'autre part, aux parties profondes : aponévroses, muscles, squelette, l'invasion des ganglions lymphatiques, la rétraction fréquente du mamelon, etc. Ce sont là des signes objectifs de premier ordre. Mais à côté de ces caractères communs, on observe entre les diverses tumeurs cancéreuses de la mamelle des différences considérables, qui obligent à décrire de nombreuses variétés ou formes cliniques.

Formes cliniques. — Les deux grandes variétés anatomiques du cancer, le squirrhe et l'encéphaloïde, ont chacune leur physionomie propre; mais, tandis que le dernier est toujours assez semblable à lui-même, le squirrhe se présente sous des aspects très divers. Tantôt il y a une **tumeur squirrheuse** très appréciable, masse ou noyau profondément placé au sein de la glande mammaire sans connexions immédiates avec la peau. Le volume de cette production n'est jamais extrême; pourtant, dans quelques cas désignés par Velpeau sous le nom de *cancer en masse*, il semble que la glande mammaire soit prise tout entière. La tumeur squirrheuse est ordinairement dure, *ligneuse*; les cas où elle est moins ferme sont assez rares (squirrhe lardacé, de Velpeau); elle est bosselée, granu-

leuse à la surface, perdue dans l'épaisseur de la glande mammaire, dont il est impossible de la séparer. De très bonne heure, dès le moment où elle est reconnue, elle adhère presque toujours à la peau. Ce n'est pas à dire que celle-ci lui soit intimement accolée tout d'abord; mais si l'on essaye de la plisser, ou de la mouvoir à la surface de la tumeur, on reconnaît qu'il est impossible de le faire aussi facilement que du côté sain. A un degré plus avancé, toute traction exercée sur la peau détermine la formation de petites dépressions qui lui donnent l'aspect pointillé en creux de la *peau d'orange*.

Même manque de mobilité du côté des parois thoraciques.

Le mamelon est souvent rétracté de bonne heure, surtout si le squirrhe est de petite dimension; il conserve parfois sa forme normale dans les tumeurs un peu volumineuses. Dans ces dernières il n'est pas très rare de noter un écoulement sanguin ou séro-sanguin par le mamelon, phénomène banal qui peut se rencontrer dans les tumeurs les plus diverses, bénignes ou non. La tumeur squirrheuse de la mamelle, sauf de rares exceptions; est parfaitement indolente. C'est par hasard, en faisant leur toilette, que les malades la découvrent.

Au lieu de conserver l'aspect plus ou moins globuleux que nous venons d'indiquer, le squirrhe mammaire possède souvent des prolongements qui, partis d'une masse centrale plus ou moins apparente, divergent dans tous les sens. De là (Velpeau) une tumeur inégale, dure, mal circonscrite, qui se perd d'une manière insensible du côté de la peau ou vers la circonférence de la mamelle sous la forme de rayons, de brides, de traînées irrégulières ou de cordons entremêlés de rainures. La peau adhérera à ces branches, et le sein se creusera de rigoles à leur niveau : *squirrhe rayonné* ou *rameux*.

Dans une autre forme, le squirrhe se présente non plus comme une tumeur véritable, mais comme un simple *épaississement* plat, superficiel, unissant le tégument à une portion quelconque de la glande mammaire. Sur un point, le sein est rétracté, déprimé, creusé d'une dépression à laquelle aboutissent des sillons plus ou moins profonds.

Les tissus avoisinants sont comme rétractés, ratatinés autour de ce noyau. Chez les femmes âgées, à mamelles grasses, volumineuses, cette variété de squirrhe est peu envahissante. A mesure qu'elle gagne les parties voisines, celles-ci s'atrophient, se rétractent, si bien

que la mamelle disparaît tout entière sans que les parties malades se soient notablement étendues. C'est ce qu'on appelle le *squirrhe atrophique* ou *rétractile*.

Le **cancer encéphaloïde**, plus rare que le squirrhe, débute comme ce dernier le fait le plus souvent par une tumeur perdue dans l'épaisseur de la mamelle; mais de bonne heure cette masse se développe sous la forme d'une bosselure plus ou moins large qui, surajoutée au sein, donne l'idée d'une *tête de brioche*. Au lieu d'être attirée vers la production morbide par des liens nombreux et fins, la peau est ici soulevée, distendue, bientôt envahie par elle. Elle prend un aspect lisse, puis rougit, se remplit de varicosités, en attendant qu'elle s'élève, ce qui arrive de bonne heure. L'ensemble de la tumeur est mou, souple, élastique, quelquefois fluctuant.

Velpeau a décrit sous le nom de **squirrhe disséminé** et de **squirrhe en cuirasse** des états qui sont plutôt des complications du carcinome mammaire que des formes de ce carcinome. Dans le squirrhe disséminé, la peau est parsemée de petites masses arrondies, sortes de boutons qui ne sont autre chose que de petites masses cancéreuses. Selon Velpeau, on trouve de ces tubercules, non seulement dans la peau, mais aussi dans l'hypoderme et même dans l'épaisseur du parenchyme glandulaire.

Dans le squirrhe en cuirasse, la peau se trouve, par larges plaques, indurée, rugueuse, pointillée de rouge. Quelquefois, toute la poitrine est recouverte de la sorte d'une véritable cuirasse inextensible.

Il s'agit là d'une invasion de la peau, par la voie lymphatique probablement, invasion secondaire, succédant toujours à une tumeur mammaire parfois si petite qu'elle a pu passer inaperçue.

Marche. — Tout cancer mammaire tend à passer par les phases suivantes : indifférence, propagation aux parties voisines, invasion des lymphatiques, généralisation et cachexie.

La *période d'indifférence* pendant laquelle la tumeur resterait au sein de la glande mammaire sans dépasser ses limites, sans agir sur les tissus voisins, comme une tumeur de bonne nature, cette période n'existe pour ainsi dire pas. Dès que la tumeur est découverte, on lui trouve presque toujours des connexions plus ou moins marquées avec la peau ou les parties profondes.

La *propagation aux parties voisines* se fait, comme nous l'avons vu ailleurs, par le développement de bourgeons épithéliaux qui s'en-

foncent dans toutes les directions. Au bout d'un temps très court dans le cancer encéphaloïde, très variable dans le squirrhe, la masse morbide envahit de la sorte le derme d'un côté, les muscles et les os du thorax de l'autre.

La peau ne fait plus qu'un avec la masse morbide. Quelquefois chagrinée, violette, elle subsiste luisante et propre, ou recouverte de croûtes qui se détachent et se reproduisent alternativement. Le plus souvent elle s'ulcère. S'il s'agit d'un cancer encéphaloïde, la surface à nu se couvre de fongosités. Des champignons vasculaires souvent énormes, saignants et fournissant une abondante sérosité, s'élèvent au-dessus du niveau du tégument. Le squirrhe, au contraire, offre un ulcère peu profond, plat, ou à bourgeons peu élevés, bordé de nodosités irrégulières. Dans les deux cas, les malades sont tourmentés par la reproduction d'hémorrhagies généralement peu abondantes et très faciles à arrêter.

Vers les parties profondes, le même processus met en contact la tumeur et l'aponévrose qui recouvre le muscle pectoral, puis celle-ci est traversée; les muscles, plus tard les côtes elles-mêmes, sont en rapport direct avec la face profonde de la tumeur. Cette marche vers la profondeur s'accuse d'abord par la diminution de la mobilité de la mamelle, qui se montre surtout lorsque le grand pectoral est tendu par sa contraction. Plus tard la tumeur est absolument adhérente aux parties solides du thorax. Cette fixité s'établit du reste d'une manière fort irrégulière. Certains petits squirrhes sont, dès l'origine, pour ainsi dire fixés au squelette, d'autres ne viennent s'y attacher qu'à une époque assez avancée de leur évolution.

L'adhérence de la tumeur aux parois thoraciques devient le point de départ, de son côté, de douleurs plus ou moins vives, souvent lancinantes.

L'invasion des vaisseaux lymphatiques se fait fatalement de bonne heure, puisqu'il n'existe aucune membrane protectrice entre la masse morbide, si petite qu'elle soit, et la zone péri-acineuse qui renferme ces vaisseaux. Aussi peut-on dire qu'elle est contemporaine du début même du cancer; mais elle ne devient apparente que lorsque les ganglions lymphatiques dépendant de la mamelle ont pris un développement qui permette de les reconnaître à la palpation. On a voulu rattacher l'adénopathie à l'invasion de la peau. Il est de fait que souvent elle se montre quelque temps après cette dernière; mais

bien souvent aussi elle la précède. Les ganglions pris d'abord sont naturellement ceux de l'aisselle. Entre eux et la tumeur se sent parfois une sorte de traînée, d'épaississement allongé qui est formé par un faisceau de lymphatiques enflammés, indurés, pénétrés de cancer. Les ganglions sus-claviculaires sont pris aussi assez souvent. Les glandes envahies par le cancer sont dures, fermes, non douloureuses à la pression. Elles adhèrent aux parties qui les entourent et les compriment énergiquement. De là, à la longue, des troubles profonds dans la circulation du membre supérieur. Les veines étant oblitérées presque complètement, on trouve un œdème souvent énorme de la main et de tout le bras. La compression des nerfs axillaires détermine, de son côté, des douleurs insupportables.

La lymphangite cancéreuse ne s'observe pas seulement du côté des vaisseaux qui vont vers l'aisselle, elle gagne souvent les réseaux de la peau. C'est ainsi que s'établissent le squirrhe disséminé et le squirrhe en cuirasse. Parfois, par ce procédé, les deux glandes mammaires sont atteintes successivement: l'invasion simultanée des deux est extraordinairement rare.

Enfin, vers la profondeur, des lymphangites cancéreuses se voient, qui gagnent la surface pariétale de la plèvre et même s'étendent à la face viscérale.

La *généralisation* et la *cachexie* sont la conséquence de cette infection graduelle. Des tumeurs secondaires se développent dans les viscères, principalement dans le foie, le poumon, les organes digestifs; elles ne sont pas moins communes dans les os. Là on les trouve surtout dans les vertèbres, où elles s'annoncent par des douleurs dorso-lombaires irradiées vers les membres inférieurs. La base du crâne, la tête fémorale, et d'autres extrémités des os longs en sont parfois le siège.

Terminaison. — Le cancer du sein se termine fatalement par la mort. On a bien, jadis, cité quelques exemples de guérison spontanée de tumeurs encéphaloïdes succédant à la gangrène de ces tumeurs; mais ces faits remontent à une époque où l'on confondait sous ce nom d'encéphaloïde les tumeurs les plus diverses.

Il n'est pas douteux que la mort est la terminaison constante du cancer du sein. Elle est le résultat de la cachexie, celle-ci accélérée par les douleurs qui ne laissent pas de repos aux malades, par les écoulements sanguins et sanieux, par la résorption de produits sep-

tiques à la surface de la tumeur ulcérée, etc.... La durée moyenne de la survie serait de vingt-sept mois; mais les cas extrêmes offrent des termes absolument dissemblables. C'est ainsi que la mort peut arriver en quelques semaines, dans des cancers encéphaloïdes survenant chez des femmes jeunes, et s'accompagnant de métastases rapides, tandis que certains squirrhes atrophiques peuvent être tolérés sans dommage appréciable pendant dix, quinze et même vingt ans chez des vieilles femmes.

Diagnostic. — Le cancer de la mamelle possède des caractères propres et positifs, qui ne permettent guère de le méconnaître. Tout au plus dans une première période, réduit à l'état de simple noyau perdu au sein de la masse glandulaire, pourrait-il être confondu avec un fibrome ou un sarcome. Mais il est rare que déjà le cancer ne se dévoile pas par le fait de sa diffusion, de l'absence nette de ses limites, de son extrême dureté coïncidant avec un état rugueux de sa surface. L'âge de la malade crée une présomption importante. La tumeur est-elle apparue après quarante ans, il s'agit presque certainement d'un carcinome.

L'accroissement rapide de la tumeur plaide en faveur de sa mauvaise nature, quoique certains sarcomes se comportent de la sorte.

Dès que la masse a acquis un certain volume, l'adhérence à la peau et aux parties profondes, l'adénopathie, enfin les signes d'une tendance envahissante, ne laissent plus de doute sur l'existence d'un cancer.

A la période d'ulcération le diagnostic s'impose le plus souvent. Tout au plus certains sarcomes ou myxomes ulcérés prêteraient-ils à la confusion. Mais dans ceux-ci la peau amincie, décollée, est usée par la tumeur et non envahie par elle; le champignon qui sort à travers l'ouverture n'a aucune connexion avec ses bords. Au contraire dans le cancer le tégument est épaissi, altéré, et ne fait qu'un avec la masse morbide. Autour de l'ouverture la peau est saine dans le sarcome, elle est adhérente, sillonnée de dépressions, épaissie dans le cancer. Le sarcome même ulcéré est libre à sa base vers le thorax; il n'adhère en aucune façon au grand pectoral. Il en est tout autrement pour le cancer. Les ganglions manquent dans le sarcome.

Un diagnostic difficile, qui par bonheur se pose rarement, est celui du squirrhe atrophique d'avec certaines mastites chroniques

terminées par sclérose et rétraction de la mamelle. L'absence de l'adénopathie cancéreuse, la longue durée de l'affection jointe aux commémoratifs révélant une mastite puerpérale ancienne, la conservation d'un bon état général, permettent d'éloigner l'idée d'un cancer.

Traitement. — Envisagés au point de vue du traitement qui leur convient, les cancers du sein peuvent être divisés en deux grandes catégories :

1° Les cancers opérables et 2° les cancers qu'on ne doit pas opérer. Ces derniers renferment eux-mêmes deux variétés absolument différentes. Ce sont d'abord certains squirrhes atrophiques, à marche exceptionnellement lente, que l'on rencontre chez des personnes âgées (soixante-dix, soixante-quinze ans), tumeurs cantonnées dans la glande mammaire depuis quinze, vingt ans, quelquefois même davantage, ne provoquant pas de douleurs, ni de cachexie, ne s'accompagnant même pas toujours d'engorgement ganglionnaire. La plupart des chirurgiens sont d'accord pour ne pas y toucher, et cette conduite prudente nous semble devoir être suivie.

Inversement l'opération se trouve contre-indiquée lorsqu'on se trouve en présence de cancers à marche exceptionnellement rapide, se généralisant de très bonne heure aux différents viscères. — Tels sont certains encéphaloïdes survenant chez des femmes très jeunes, certains carcinomes mélaniques. D'autres fois la contre-indication se tire de l'extension locale du mal, cancer ayant dépassé les limites de la région mammaire, en voie de progression constante, envahissant les parties voisines, le squelette, la plèvre, avec extension de l'engorgement ganglionnaire aux ganglions du creux sus-claviculaire, ou bien encore cancer en cuirasse se propageant de proche en proche aux téguments de la cage thoracique.

Le rôle du chirurgien doit se borner en pareille circonstance à rendre moins vives les souffrances parfois atroces auxquelles sont soumises les malades; les injections multipliées de morphine rendent alors de bien grands services.

Mais lorsque ces diverses conditions ne sont pas réalisées, et c'est le cas le plus fréquent, l'intervention opératoire est la règle pour le cancer du sein. — Sans exagérer la valeur des statistiques en pareille matière comme en beaucoup d'autres, les chiffres empruntés à Oldekop, Winiwarter, Sprengel, nous montrent que dans le cas

d'abstention la moyenne de la survie n'est guère que de vingt-huit mois, tandis que les mêmes statistiques donnent dix mois de plus de survie post-opératoire. — D'autre part, les dangers que fait courir l'opération, aujourd'hui surtout, avec les méthodes perfectionnées de pansement qui sont à notre disposition, ces dangers, disons-nous, sont peu considérables, et il appartient souvent au chirurgien de les diminuer encore en prenant des précautions de température pour éviter les pleurésies, les pneumonies, qu'il n'est pas rare d'observer après l'opération en raison du refroidissement auquel expose la longueur de l'intervention et la nature des pansements nécessaires.

Quant à l'opération elle-même, elle ne doit plus être faite autrement qu'avec le bistouri.

Toutes les précautions antiseptiques prises, la région axillaire rasée, le champ opératoire soigneusement lavé, le chirurgien circonscrit la tumeur dont une incision elliptique en forme de raquette plus ou moins allongée dont la queue se trouvera avantagusement dirigée jusque dans l'aisselle suivant le bord inférieur du grand pectoral.

L'incision de la peau terminée, on dissèque la glande mammaire, qu'il faut sans hésiter et toujours enlever dans sa totalité, en ayant soin de ne pas laisser ces lobules erratiques de la glande, siège fréquent de récidives locales; la tumeur isolée de ses connexions avec la peau sera de même séparée attentivement du muscle pectoral, que l'on ne craindra pas d'entamer superficiellement pour ne pas laisser les débris de son aponévrose souvent envahie; enfin l'opération sera terminée par un curage attentif du creux axillaire, curage opéré bien plutôt par *dissection* que par *énucléation*, suivant les recommandations de Kirmisson.

Cette extirpation des ganglions a été poussée beaucoup plus loin; un certain nombre de chirurgiens ont extirpé les ganglions sus-claviculaires; quelques-uns se refusent cependant à faire cette extirpation, car lorsque ces ganglions sont pris, l'infection a déjà atteint d'autres ganglions inopérables. Les chirurgiens allemands sont allés plus loin encore dans cette voie: Langenbeck a extirpé, avec peu de succès d'ailleurs, en même temps que les ganglions, les muscles, vaisseaux et nerfs de l'aisselle. Esmarch conseille plutôt, dans un cas de ce genre, l'extirpation du membre supérieur; une malade opérée par lui de la sorte a guéri sans récidive.

La seule préoccupation du chirurgien doit être d'enlever toute la glande et de dépasser partout très largement les limites du mal; si la réunion cutanée ne peut ensuite être effectuée complètement, on aura recours au pansement antiseptique ouvert, recommandé dans tous les cas par le professeur Verneuil; si au contraire la réunion est possible, elle sera faite suivant les préceptes connus, en donnant un bon écoulement aux liquides par des boutonnières faites au besoin dans les parties les plus déclives. Un vaste pansement compressif avec des substances absorbantes et parfaitement antiseptiques, comme l'ouate de bois au sublimé, enfermant le bras correspondant, est appliqué avec soin et laissé en place le plus longtemps possible. L'état général et la température du malade attentivement observés permettent de se rendre compte des accidents qui pourraient survenir du fait d'une faute involontaire commise contre les règles de l'antisepsie.

Les avis sont fort partagés sur l'influence de la réunion ou de la non-réunion de la plaie au point de vue des récidives; la question n'a peut-être pas toute l'importance qu'on a voulu lui donner, et la règle de conduite que nous avons indiquée plus haut nous paraît être la meilleure conduite à tenir en pareille circonstance.

Le rôle du chirurgien n'est pas toujours terminé avec la guérison de la plaie; nous avons vu combien sont fréquentes les récidives locales; lorsqu'elle n'évolue pas trop rapidement et qu'elle reste limitée à la région mammaire et à ses ganglions, la poursuite de la récidive s'impose; elle sera faite de la même manière que l'opération première et avec la même prodigalité de tissus. Des opérations répétées plusieurs fois ont ainsi dans un certain nombre de cas prolongé la vie, et, ce qui n'est pas à négliger non plus, rendu l'existence plus supportable.

2° Tumeurs bénignes ou non carcinomateuses de la mamelle.

Nous avons déjà fait (page 578) quelques réserves sur la valeur de cette expression: *tumeur bénigne*, appliquée aux néoplasmes dont il nous reste à parler. Nous n'y reviendrons pas.

Au point de vue clinique, on englobe dans cette classe toutes les productions d'origine conjonctive, fibromes, sarcomes, myxomes, dont nous avons étudié plus haut les caractères anatomiques, et aussi les tumeurs épithéliales non diffuses. (Labbé et Coyne.)