

présenter. Obéissant à cette idée, j'ai à plusieurs reprises examiné scrupuleusement mon malade, et j'ai reconnu qu'il avait, par hasard, une inversion testiculaire. En effet, au lieu d'occuper la partie postérieure, son testicule est placé en avant : je devrai donc prêter une attention toute particulière quand je ferai l'incision. Il m'est impossible, à part cela, de vous dire comment se terminera une opération toujours soumise, comme vous l'avez compris, à une certaine incertitude.



TRENTE-DEUXIÈME LEÇON

Squirrhe atrophique du sein.

Observation d'une malade de la salle 8, atteinte de tumeur maligne du sein.

Caractères cliniques offerts par la mamelle dans le cas de squirrhe atrophique.

Influence du traumatisme sur le cancer.

Diagnostic différentiel : fibrome diffus, encéphaloïde, épithélioma.

Le cancer atrophique peut, à un moment donné, se généraliser : modes divers d'évolution présentés par lui.

Indications thérapeutiques.

MESSIEURS,

Je veux aujourd'hui vous parler d'une malade de la salle 8, dont l'histoire nous offre plusieurs points intéressants. Elle est atteinte de tumeur du sein, d'une de ces tumeurs malignes, à marche lente, qui pendant longtemps peuvent ne pas réclamer le secours de la chirurgie, mais en revanche les rendent rapidement inutiles quand elles ont franchi leurs premières limites. Sur ces considérations d'un haut intérêt pratique, je ne saurais attirer trop votre attention.

Notre malade a quarante-huit ans; elle a toujours

eu une bonne santé; réglée de bonne heure, à quinze ans, elle a eu trois enfants et depuis deux ans la ménopause est venue sans provoquer le moindre trouble.

Ses trois grossesses sont arrivées à terme ne présentant rien d'anormal, elle a nourri avec succès, mais le sein droit aurait à un moment donné, paraît-il, souffert d'un abcès qui a laissé sur la peau une cicatrice profonde dont les traces existent encore.

Vous ne retrouvez rien de plus dans ses antécédents personnels.

L'hérédité, qu'il faut toujours interroger dans l'histoire des tumeurs malignes, répond par des renseignements tout à fait négatifs, puisque le père de cette femme est mort jeune d'une maladie aiguë, et que sa mère a, elle aussi, succombé en pleine évolution d'une maladie typhoïde.

Cette tumeur, qui a déjà envahi la presque totalité du sein gauche, ne remonte pas à plus de trois ans et demi; mais si elle ne fut pas précédée d'accidents généraux, de troubles de la santé, et n'a pas été préparée par l'hérédité, vous devez vous souvenir qu'une circonstance bien digne d'être mentionnée, parut exercer une action décisive sur son apparition. La malade nous raconte, en effet, que deux mois auparavant, son mari, dans un accès de colère, lui donna un coup de pied sur le sein. Ce choc fut d'autant plus violent, que le pied était recouvert d'une

chaussure épaisse garnie de clous. Un gonflement considérable survint, une ecchymose étendue se montra presque aussitôt et la mamelle resta très sensible pendant un mois.

Les traces du traumatisme avaient à peine disparu depuis deux mois, qu'à la partie externe du sein se montrait une petite tumeur.

Je fixe d'autant plus volontiers votre attention sur ce point, Messieurs, que si la plupart des femmes atteintes de tumeurs du sein ne manquent pas d'invoquer à tort le traumatisme comme cause directe, immédiate de la maladie qui les atteint, il reste certain que dans plusieurs cas on ne peut l'écarter de l'étiologie. L'histoire de notre malade me paraît en être une preuve nouvelle.

Cette petite grosseur parue tout à coup sur la partie externe du sein, avait un volume qui ne dépassait pas un pois; elle était indolente, roulait sous la peau et n'était point fixée sur les parties profondes. Aussi, la malade qui ne souffrait pas, s'inquiéta fort peu quand elle en eut constaté la présence et l'oublia pour ainsi dire. Mais le mal faisait des progrès; progrès lents, sans douleurs. L'infiltration de la glande se produisait sans provoquer d'écoulement par le mamelon, sans amener la moindre réaction locale, sans provoquer un seul trouble dans la santé générale. Cette marche insidieuse nous explique comment cette malade a pu rester dans une sécurité absolue,

et arriver au dernier terme d'une maladie aujourd'hui sans espoir de guérison.

Que voyez-vous, en effet? Vous avez été frappé, Messieurs, en examinant la poitrine, de la différence de volume, de la conformation présentée par les deux seins. A droite, la mamelle est flasque, pendante, molle, sans induration, assez volumineuse, bien mobile sur les parties profondes; on ne retrouve sur elle que les traces d'un abcès ancien que je vous ai déjà signalées. A gauche, au contraire, elle est plus petite, globuleuse, comme relevée et solidement fixée sur le thorax. Sa surface est irrégulière. La peau vers la périphérie est encore saine, blanche, souple, sans varicosités; mais à mesure qu'on l'examine, en se rapprochant du centre, on voit qu'elle perd sa souplesse et devient rugueuse. Elle offre, en effet, l'aspect d'un tissu rétracté, confondu avec les parties qu'elle recouvre, et sur trois points différents elle se déprime en forme d'ombilie. Le mamelon n'a plus son relief, il est aussi rétracté, entraîné en même temps que la peau, atrophié, de telle sorte que les doigts ont de la peine à le saisir et ne peuvent lui imprimer aucun mouvement.

Le palper fait bientôt découvrir d'autres caractères. Quand vous saisissez la glande à pleine main pour apprécier sa forme et sa consistance, vous sentez tout d'abord une induration qui s'écarte singulièrement de la conformation arrondie, régulière de la glande

mammaire. Cette induration a de toute part formé sur elle de nombreuses irrégularités, franchi ses limites pour s'étendre en tout sens et infiltrer le tissu graisseux qui l'entourne. Vous ne pouvez point saisir des gros noyaux isolés, mous, ramollis; vous avez la sensation de trainées dures, ligneuses qui donnent à la masse du sein la consistance d'un tissu cicatriciel qui étroitement la glande et une partie notable du tissu conjonctif.

Cette masse indurée n'est cependant pas immobilisée sur le thorax, vous pouvez lui imprimer encore des mouvements de glissements qui témoignent de la liberté des parties profondes et nous avertissent que l'aponévrose et le muscle pectoral n'ont pas été envahis. La tumeur a donc marché presque uniquement vers la peau, qui se trouve ainsi très adhérente autour du mamelon rétracté et un peu en dehors où déjà elle est infiltrée jusque dans son épaisseur, ce que prouvent suffisamment de petites élevures, de petites saillies qui lui donnent l'aspect *de la peau d'orange*.

Voilà, Messieurs, ce que présente l'état local, tels sont les signes physiques que fournit l'examen de la tumeur isolée. Qu'allez-vous maintenant découvrir, quand vous rechercherez la part que les régions voisines pourront avoir prise au développement de cette grave affection?

N'oubliez jamais d'examiner avec soin la région axillaire. C'est là que se trouve souvent la confirma-

tion d'un diagnostic grave, un instant suspendu par des signes douteux : les ganglions lymphatiques par leur intumescence vous préviendront du danger.

Chez notre malade, l'aisselle est remplie de petits ganglions, dont les uns ne dépassent pas le volume d'un pois ou d'une cerise, dont les autres sont déjà gros comme une amande, et qui forment, de la paroi interne du creux axillaire à son sommet, une chaîne continue, dure, irrégulière. Ils vous conduisent ainsi vers la clavicule au-dessous de laquelle les muscles pectoraux sont légèrement soulevés : le creux sous-claviculaire effacé nous avertit que profondément la masse ganglionnaire est envahie; les doigts plongés profondément la retrouvent aussitôt.

Remontez encore : c'est la région sus-claviculaire qui n'a plus sa forme habituelle : elle est saillante ou moins déprimée que celle du côté opposé : on y retrouve avec les doigts des glandes nombreuses cachées derrière la clavicule et continuant ici la chaîne axillaire jusqu'au voisinage du sterno-mastoïdien où elle se perd.

Il n'est donc pas douteux que cette tumeur ait retenti sur le système lymphatique, qui de proche en proche s'est laissé envahir dans l'aisselle, sous la clavicule, dans le creux axillaire et jusqu'au centre de la région cervicale pour porter encore plus loin les germes du néoplasme.

Depuis quand ce retentissement sur les voies lym-

phatiques s'est-il produit? Nous ne le savons pas; les renseignements nous manquent : restez convaincus que l'infection générale a fait de rapides progrès et qu'elle est déjà arrivée à une certaine limite.

En effet, si vous portez plus loin vos investigations, si vous examinez la santé générale de cette femme, vous voyez qu'elle a beaucoup maigri; son appétit décroît tous les jours; elle digère ses aliments, mais plus lentement et non sans quelques souffrances; la plupart des fonctions sont régulières, mais les forces s'en vont; l'exploration directe du foie, de l'estomac ne fournit aucun signe, mais certains troubles profonds nous avertissent que de graves complications se préparent.

En effet, tandis que l'examen des viscères reste sans résultat, nous retrouvons, du côté de la colonne vertébrale et probablement dans le médiastin, les indices certains de lésions avancées. La malade se plaint d'une douleur spontanée vers la partie moyenne de la région dorsale. Vous pouvez, sans provoquer la moindre douleur, appuyer fortement sur les vertèbres cervicales et les premières dorsales; mais quand vous arrivez vers le milieu de la colonne dorsale, au niveau de la septième ou huitième vertèbre, vous faites naître une douleur subite, que trahit aussitôt un brusque renversement du tronc en arrière.

J'ai demandé à cette malade si les douleurs qu'elle ressent en ce point restent toujours fixées, sans irra-

dier sur les côtés dans la direction des espaces intercostaux : elle m'a répondu qu'elles s'étendaient mais ne provoquaient pas cette sensation de douleur en ceinture sur laquelle j'attirais son attention.

Il n'existe pas encore de rentissement douloureux sur les membres inférieurs, mais nous avons bien des raisons de croire qu'il n'en sera pas toujours ainsi.

Enfin, Messieurs, vous avez appris que, depuis deux mois, la malade est affligée d'une toux quinteuse, tenace, rappelant les accès de la coqueluche; vous avez même assisté à l'une de ces quintes pénibles, et ceux d'entre vous qui suivent régulièrement mon service savent que le retour des accès est incessant et chaque fois suivi d'une expectoration muqueuse, claire, filante. Chose remarquable ! Quand on examine la poitrine pour trouver la cause de cette toux et de l'expectoration qui la suit sans cesse, on ne constate aucun signe de bronchite : il n'y a pas de râles muqueux, à peine saisit-on quelques gros ronchus très disséminés dans les bronches.

Evidemment, il n'y a aucune parité entre l'intensité de la toux et le peu d'importance des signes stéthoscopiques, et nous devons nous demander si, dans le médiastin, il n'y a pas déjà des ganglions infiltrés qui agissent par compression sur les nerfs pneumogastriques.

J'aurais d'autant plus de tendance à le croire, que la malade nous dit avoir déjà, bien avant son entrée

à l'hôpital, éprouvé une sorte de difficulté de la respiration qui ressemblait à du tirage, à du cornage, et nous rappelle bien une action portée vers les pneumogastriques.

Tels sont, Messieurs, les signes que l'examen clinique nous a fait constater. Nous sommes en présence d'une tumeur qui a succédé à un traumatisme et s'est répandue loin de son siège primitif, en suivant lentement la voie des lymphatiques. Quelle est sa nature? Quelle est son influence sur les parties voisines?

Quand vous êtes en présence d'une tumeur de sein, vous avez quelquefois à résoudre un problème difficile, et le diagnostic, loin de s'imposer, se trouve entouré des plus grandes difficultés. Ici, les choses sont plus simples, et il n'est pas nécessaire de discuter bien longtemps pour arriver à une solution.

Nous avons devant nous une tumeur qui, née subitement après une violence directement portée sur le sein, a gagné peu à peu toutes les parties voisines, a infecté les ganglions de l'aisselle et du cou, a été suivie en dernier lieu de troubles généraux. A ces caractères, vous ne pouvez méconnaître une tumeur maligne.

Je ne veux pas dire que tous les signes de la malignité se trouvent réunis dans ce cas : il en manque un certain nombre. Ainsi, la peau n'est pas partout adhérente comme elle l'est souvent dans des tumeurs ana-

logues; on ne voit pas autour du sein ces varicosités nombreuses, si fréquentes dans les néoplasmes de mauvaise nature. Mais il est rare que tous les caractères d'une lésion se trouvent groupés, et les diverses tumeurs offrent chacune un ensemble de symptômes qui suffit pour affirmer le diagnostic.

C'est ainsi qu'un des traits caractéristiques, retrouvés aujourd'hui chez cette malade, est cette tendance à l'atrophie du sein, qui, chaque jour, se rétracte et diminue. Sa valeur est considérable, mais il faut encore étudier sous quelle forme se présente l'atrophie, et quelle marche elle a suivie jusqu'à ce jour, car elle ne se présente pas seulement dans le cas qui nous occupe.

Quelles sont, en effet, les tumeurs qui, à mesure qu'elles se développent, amènent quelquefois l'atrophie du sein? Il n'y en a que deux: le *fibrome diffus* à forme scléreuse et le *squirrhe*. Messieurs, s'agit-il ici d'un fibrome?

En ne tenant même pas compte du retentissement sur l'état général de cette lésion du sein, en n'examinant que les caractères présentés par elle sur la région où elle s'est développée, il y a tous les éléments d'un diagnostic certain qui répondent à cette première question par la négative.

Le fibrome diffus est une maladie du jeune âge; il se développe toujours dans la période d'activité de la glande mammaire, soit après la grossesse ou l'allaitement,

ment, soit en dehors des deux, mais toujours chez des femmes jeunes.

Le fibrome diffus s'accompagne constamment d'une certaine tension des tissus, se rapprochant presque des phénomènes inflammatoires douloureux, au moins au début, présentant de la tuméfaction, une coloration presque rouge et de la réaction fébrile. Bien plus, on voit ces caractères congestifs envahir assez souvent les deux seins, et le résultat de cet excès de nutrition, tout à coup survenu, est en définitive une hypertrophie accentuée de la région malade.

Assurément, nous ne retrouvons ici rien qui nous rappelle cet état au début. Cette femme a vu son sein diminuer de volume sans que précédemment il se soit manifesté aucun travail hypertrophique.

Quand le fibrome diffus commence à diminuer, il peut sans doute rappeler le cancer. Le tissu conjonctif qui a proliféré va se rétracter, comme il le fait dans les cicatrices, il va prendre une organisation définitive comme il le fait dans la cirrhose hépatique où les éléments du lobule disparaissent peu à peu sous la pression qui les atrophie. Je n'insiste pas sur ces analogies: il suffit de les rappeler en peu de mots pour bien faire comprendre que le tissu glandulaire du sein est rapidement étouffé par l'organisation du tissu conjonctif, qui agit non seulement sur lui mais encore sur la peau qu'il fixe solidement, sur le mamelon qu'il attire et rétracte. Tous ces phénomènes

rappellent la marche du squirrhe du sein et l'examen de la peau, du mamelon, de la glande ne peuvent donner à cette période des renseignements précis pour le diagnostic différentiel des deux affections ; il faut nécessairement remonter aux antécédents qui diffèrent d'une façon complète dans l'un et l'autre cas.

Examinons en effet les détails de l'observation de notre malade ; ils ne sont point tels que vous les retrouveriez dans un fibrome diffus. Une tumeur petite et bien limitée s'est montrée dès le début et, quand elle a envahi les parties voisines, l'atrophie de toute la région a fait de rapides progrès. Rappelez-vous aussi que les ganglions axillaires, qui jamais ne subissent d'altérations dans le fibrome, sont devenus volumineux. Non seulement ils ont rempli l'aisselle, mais l'infiltration faisant toujours, loin du siège primitif, de rapides progrès, il s'en est montré d'autres sous la clavicule, dans le creux sus-claviculaire, comme si les limites de la généralisation ne devaient plus désormais connaître de limites.

Et en effet, Messieurs, ces limites n'existent pas. Du système lymphatique à l'infection des tissus de l'économie tout entière, il n'y a qu'un pas. En examinant la colonne vertébrale, vous avez constaté que les vertèbres étaient malades, que sur elle il y avait des points douloureux et que la douleur précise retrouvée sur les os s'étendait au loin en suivant le trajet des nerfs. Depuis les recherches de Léon Tripièr, on sait

que la généralisation du cancer du sein gagne facilement les corps vertébraux : on a souvent constaté qu'alors même que rien ne fait pressentir un commencement de généralisation, on est souvent surpris de trouver sur ces os des signes de profondes lésions cancéreuses. Aussi faut-il ne jamais oublier de les examiner avec soin avant de conclure à l'intervention radicale : il vous arrivera plusieurs fois de rencontrer là une opposition formelle que tout d'abord vous n'auriez pas supposée après avoir avec soin étudié tous les détails offerts par la tumeur.

Ces altérations de la colonne vertébrale peuvent avoir de rapides et bien tristes conséquences quand elles s'affirment davantage : ce sont la compression de la moelle, l'irritation des meninges rachidiennes avec la perte du mouvement, ou la paraplégie douloureuse dont le caractère essentiel est d'offrir une diminution progressive du mouvement tandis que sur les nerfs périphériques naissent des phénomènes douloureux de la plus grande acuité.

Si notre malade n'est pas encore arrivée à ce degré extrême de la généralisation osseuse, en revanche elle présente d'autres désordres qui témoignent des progrès profonds du cancer. J'ai vu qu'elle était tourmentée par une toux quinteuse, spasmodique, incessante et j'ai aussitôt pensé que dans le médiastin il s'était développé des tumeurs ganglionnaires.

La succession de ces symptômes graves, leur mar-