

trop grands progrès. C'est une règle dont il ne faut pas s'éloigner sous peine de faire des opérations inutiles et dangereuses. Est-il juste de faire courir à une malade dont on sait les jours comptés, les chances d'une grave intervention ? Êtes-vous sûrs que le traumatisme opératoire ne sera pas fatal à un sujet déjà affaibli par une lésion sérieuse ? Messieurs, n'opérez jamais, si vous n'avez pas l'espoir d'amoinrir la souffrance et de prolonger la vie.



TRENTE-TROISIÈME LEÇON.

Epithélioma de la glande mammaire

Observation d'une malade de la salle 8 atteinte d'une tumeur du sein ayant présenté deux périodes distinctes dans son évolution. Au début, marche lente ; à un moment donné, accroissement rapide et tuméfaction des ganglions axillaires.

Diagnostic différentiel avec les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes du sein.

Quelle valeur faut-il attribuer à l'écoulement sero-sanguin du mamelon souvent observé dans les tumeurs du sein.

Quelques détails d'histologie à propos de l'épithélioma de la glande mammaire et des kystes observées dans son épaisseur.

Influence de la disposition des lymphatiques du sein sur la marche de cette tumeur. — Recherches du professeur Coÿne.

Conclusions pratiques fournies par l'anatomie pathologique.

MESSIEURS,

Dans ma précédente leçon, je vous disais que souvent vous observeriez des tumeurs du sein dont l'évolution, après avoir longtemps revêtu tous les caractères de la bénignité, présenteraient, à un moment donné, une tournure maligne. J'ajoutais que l'histologie du tissu morbide ne pouvait alors avoir changé, mais qu'il s'était seulement produit des modifications particulières portant sur la disposition des éléments et non pas leur nature.

La malade, que nous avons aujourd'hui longuement interrogée et examinée à la salle 7, est un exemple saisissant de cette forme de tumeurs. Elle a quarante-trois ans; réglée à dix-sept ans, elle n'a jamais eu le moindre trouble du côté de l'appareil utérin, n'a pas eu de grossesse et chez elle la ménopause n'est pas arrivée.

Les antécédents personnels n'offrent rien de spécial; mais nous avons appris que son père était mort d'une affection hémorroïdaire suspecte dont il est sage de tenir le plus grand compte dans son histoire pathologique. Il était âgé quand il devint malade, avait de fréquentes pertes de sang par le rectum, était tourmenté par des constipations opiniâtres ou des diarrhées subites, souffrait beaucoup, et après de longs mois de douleurs aiguës et incessantes, mourut dans la cachexie. Ne sont-ce pas là tous les signes d'un cancer du rectum, et si l'hérédité joue un rôle important dans l'étiologie du cancer, n'a-t-elle pas aussi la plus grande influence sur l'épithélioma?

Il y a cinq ans, cette malade a reçu, paraît-il, un coup sur la région mammaire droite. Renseignement de peu d'importance, car il n'y eut après ce traumatisme ni gonflement, ni ecchymose.

Quoiqu'il en soit, peu de temps après, une tumeur petite, grosse comme l'extrémité du doigt, mobile sous la peau, sans douleurs, parut à la partie supérieure et interne de la glande mammaire. Elle ne

resta pas stationnaire, elle s'accrut sans amener autour d'elle la moindre réaction, mais fit des progrès si lents, qu'après quatre ans elle ne dépassait pas le volume d'un œuf.

Dès le début, il s'écoula du sang par le mamelon pendant deux jours, et pendant ce court espace de temps les linges étaient constamment souillés de petites taches rouges, ce qui ne nous permet pas de conserver de doutes sur la nature de l'écoulement, qui certainement s'était produit par les canaux galactophores.

Développement lent, indolence absolue, légère hémorragie de la glande: tels sont les principaux signes retrouvés dans cette longue période de quatre ans.

Il y a six mois, la malade fit une chute, reçut encore sur le sein une contusion légère et dès lors la tumeur augmenta rapidement; au bout de six mois elle avait le volume du poing.

Aussi présente-t-elle aujourd'hui des caractères dont il serait difficile de ne pas reconnaître la signification véritable. Sur elle, la peau est pigmentée, comme marbrée, mais sans vascularisation exagérée; elle ne glisse plus sur la tumeur qui paraît l'avoir envahie.

Celle-ci n'est point régulière à sa surface, mais hérissée de bosselures dont plusieurs sont grosses comme des noix et donnent aux doigts explorateurs une sensation nette de fluctuation.

○ Notez bien que cette fluctuation ne coïncide pas avec des symptômes inflammatoires : vous savez que jamais il n'y a eu de réaction dans la partie malade. Par conséquent, il n'y a pas de pus, et c'est un autre liquide qui se trouve ainsi collecté sur divers points.

○ Dans son ensemble, cette tumeur n'a point une consistance uniforme : dure et résistante, sans élasticité profondément, elle est molle en d'autres parties, surtout à la surface où les doigts rencontrent des lobes multiples.

○ La peau sur une large surface est adhérente, tandis qu'il n'existe aucun lien solide entre les parties profondes et la tumeur qui glisse facilement sur elles. Elle fait corps avec la glande mammaire : ses rapports avec elle sont tellement intimes, il existe une telle liaison entre elles que vos doigts ne peuvent les mobiliser l'une sur l'autre.

○ La région axillaire est déjà envahie. Le palper y fait découvrir des ganglions lymphatiques, les uns gros comme une amande ou une noisette, les autres plus petits mais très nombreux disséminés dans le tissu graisseux.

○ Au-dessus de l'aisselle, il n'y a rien ; ni le creux sous-claviculaire, ni la région sus-claviculaire ne paraissent contenir de ganglions indurés : tout semble s'être arrêté dans l'aisselle pour le moment.

○ Jusqu'à présent la santé de cette femme n'a pas souffert : elle mange avec appétit, dort d'un bon

sommeil, et ses forces ne sont pas amoindries. La glande mammaire et ses premières dépendances, l'aisselle, seules sont malades. Notez, pour être précis sur l'état général, que la douleur n'est pas encore intervenue pour troubler le repos de la malade.

○ Pouvons-nous, Messieurs, avec ces éléments, faire le diagnostic clinique et histologique?

○ Je vous ferai d'abord remarquer que nous devons exclure le diagnostic de tumeur primitivement maligne, c'est-à-dire le squirrhe et l'encéphaloïde.

○ Le squirrhe ne saurait exister, quand il s'agit d'une tumeur dont la consistance n'est pas uniformément dure, ligneuse et dont la surface présente des bosselures multiples dont plusieurs nous offrent des caractères évidents de ramollissement ou de fluctuation.

○ Il suffit encore de voir certaines parties de la glande conserver leur caractère normaux, pour éloigner cette pensée. Il suffit de constater l'état du mamelon encore normal, saillant, que vos doigts peuvent détacher des parties sous-jacentes pour être sûr qu'il ne s'agit pas d'un squirrhe. Dans une leçon précédente, j'ai beaucoup insisté sur l'effacement, l'induration du mamelon comme signe de la plus grande importance dans la symptomatologie du cancer dur, du squirrhe atrophique surtout.

○ Chez notre malade, aucun de ces signes n'est retrouvé.

○ Je sais bien maintenant que, plusieurs points méri-

tent d'être sérieusement examinés, si l'on ne veut pas confondre cette tumeur avec un encéphaloïde : il existe des bosselures fluctuantes et dans une certaine étendue, le néoplasme est mou, comme il le serait dans cette dernière variété. Mais quelles différences existent d'autre part !

L'encéphaloïde est de toutes les formes de cancer la plus maligne ; il se développe avec une effrayante rapidité quelquefois et jamais il ne resterait cinq ans avant d'envahir la région toute entière et de produire sur place ou dans l'économie les plus graves désordres. En effet, non seulement, il marche avec une extrême rapidité, mais il développe autour de lui des vaisseaux qui donnent à la région un aspect spécial, il produit et détermine des intumescences ganglionnaires multiples. Cette activité croissante s'accompagne toujours de douleurs souvent excessives, et de poussées subites qui tout à coup changent l'aspect, la forme et la consistance du néoplasme, avertissent que, grâce à la multiplication et à la dilatation des vaisseaux, il s'est formé des hémorragies, des épanchements de sang, origine certaine de ces kystes hématiques que l'anatomie pathologique nous fait connaître.

Enfin, Messieurs, cette marche envahissante, qui de la tumeur s'avance sur le système lymphatique et le gagne de proche en proche, amène l'infection de l'économie et bientôt la mort. C'est la généralisation

rapide que la clinique vous montre si souvent avec son aspect de cachexie profonde.

Aussi, Messieurs, ne retrouvez-vous ici rien qui vous rappelle un carcinome, bien que depuis quelque temps cette tumeur ait revêtu certains caractères de malignité.

A quelle variété avez-vous donc affaire ?

Ces kystes, que l'exploration vous a fait découvrir, sont-ils des kystes simples ?

Dans la mamelle, les kystes simples sont rares ; quand ils se développent, ils s'accroissent lentement et peuvent acquérir un volume souvent considérable.

De plus, ils se détachent au milieu des tissus comme des collections isolées et, quand on les explore, on ne retrouve autour d'eux rien qui rappelle une tumeur complexe.

Loin de là, la tumeur que nous étudions, les kystes si vous le voulez, reposent sur une base indurée, sur des parties solides évidemment liées à la glande, mais de formation nouvelle et suffisamment considérables, pour que dans votre diagnostic elles occupent une place importante. Il n'y a donc pas à proprement parler de kystes, mais des collections liquides surajoutées au néoplasme. Considérez donc cette tumeur et dites-vous que le fibrome, le sarcome ou l'épithélioma seuls peuvent expliquer la formation de ces cavités accidentelles qui, souvent, compliquent leur structure. Je mets de côté le mixome et l'enchondrome

dont les caractères sont tout à fait différents et ne sauraient être confondus avec le cas qui nous occupe.

Examinons successivement si ces trois variétés pourraient à la rigueur réunir des signes capables de donner la certitude.

Le fibrome s'exclut pour bien des raisons. L'âge de notre malade est un premier motif de cette exclusion : elle a quarante-trois ans, et sa tumeur a paru vers l'âge de trente-huit ou trente-neuf ans. Or, le fibrome n'attend pas cette période de la vie, il vient surtout de vingt à vingt-cinq ans. Ordinairement, il apparaît à la partie externe de la glande; ici, il est né dans un point diamétralement opposé. Le fibrome se développe ensuite dans le tissu conjonctif, par conséquent dans le voisinage de la glande, mais non pas dans son tissu, il glisse sur elle et l'on peut toujours par un examen attentif le séparer d'elle et trouver une ligne de démarcation nette qui permet d'affirmer le contact et de nier une intime connexion de tissu.

Prétez-vous dès lors une grande attention à la seule ressemblance qui puisse être retrouvée entre le fibrome et la tumeur que vous avez examinée; je veux parler des kystes. Sans doute, ils existent aussi dans le fibrome, mais que sont-ils en présence de tous ces caractères différentiels qui imposent le diagnostic, en présence de ce développement lent, de cette marche insensible du fibrome qui, après de

longues années, peut acquérir un certain volume, mais jamais n'aboutit à l'engorgement ganglionnaire.

Le sarcome offre peut-être de plus grandes difficultés. Le sarcome et l'épithélioma apparaissent à la même époque de la vie; tous les deux marchent avec lenteur, puis atteignent une deuxième période où tout à coup ils marchent plus vite.

Ces deux tumeurs encore contiennent des productions kystiques. Mais quand on examine les choses de plus près, qu'on compare un à un les signes qui paraissent les confondre, on arrive bien vite à grouper un faisceau de preuves qui rendent le diagnostic différentiel certain.

Le sarcôme est une production du tissu conjonctif, il constitue par conséquent une tumeur longtemps indépendante de la glande mammaire. A sa surface se montrent des bosselures, des kystes qui prennent quelquefois des proportions considérables. Mais ces kystes se forment lentement, jamais d'une façon brusque comme dans l'épithélioma, et leur volume même, qui atteindra dans quelques circonstances des dimensions énormes, ne saurait être confondu avec celui des collections liquides que vous retrouvez dans l'épithélioma.

Si l'épithélioma s'accompagne d'une vascularisation médiocre, le sarcome en revanche se recouvre de vénosités considérables qui en tous sens sillonnent la peau, et dans sa marche, il reste longtemps

indépendant des téguments soulevés par lui. La peau n'est pas envahie, infiltrée, elle se laisse seulement distendre et amincir. Cette distension amène sur elle par pression, des troubles nutritifs qui peu à peu l'ulcèrent dans les points les plus amincis sans qu'on puisse jamais dire qu'elle ait subi comme dans les autres tumeurs malignes un envahissement, une infiltration véritable que vous voyez ici. Sur cette mamelle, la peau est immobilisée, fixée par la tumeur et vous prévoyez que l'ulcération prochaine aura tous les caractères de la plaie cancéreuse qui ne ressemble en rien à l'usure produite par une action mécanique.

Un dernier trait achève votre conviction. Tandis, en effet, que le sarcome n'atteint pas les ganglions, ou les atteint exceptionnellement très tard, vous voyez une tumeur qui, rapidement, les a gagnés et qui vous offre ce double caractère d'avoir, en peu de temps, étendu ses ravages sur les téguments et les voies lymphatiques, puisque déjà l'aisselle est remplie de ganglions indurés.

Par élimination, nous arrivons à l'épithélioma, à l'épithélioma glandulaire.

C'est qu'en effet, Messieurs, l'épithélioma, dans son évolution, traverse deux périodes, l'une que je dirai de bénignité et l'autre de malignité. Toutes deux sont très distinctes, cliniquement et même histologiquement.

L'épithélioma, quand vous le suivez anatomiquement, présente un premier stade dans lequel les acini glandulaires sont remplis de proliférations épithéliales analogues à l'épithélium normal, comme l'a démontré M. Malasses.

Dans un deuxième stade, cet épithélium prolifère change de forme : c'est l'épithélioma de Malasses qui a encore respecté la membrane limitante des acini. Cette paroi est saine et résiste à la pression des masses proliférées. Aussi l'affection reste-t-elle circonscrite à la glande, et les ganglions lymphatiques sont-ils épargnés.

Il résulte des recherches de mon savant ami le professeur Coÿne, dont le nom ne saurait être oublié quand il s'agit de cette grande question des néoplasmes de la région mammaire, que le réseau lymphatique, très riche, arrive au contact des acini de la glande, sans les pénétrer, mais qu'il les entoure et les revêt, pour ainsi dire, d'une enveloppe uniforme. Or, tant que la paroi des acini résiste, tant que la séparation entre leur cavité et le réseau lymphatique n'est pas rompue, il n'y a pas d'infection possible. Mais que la prolifération vienne à marcher, à faire de nouveaux progrès, cette paroi cède sur un point et les cellules proliférées s'épanchent au dehors, rencontrent les lacunes lymphatiques, et la voie est largement ouverte à la généralisation.

A ce moment, l'épithélioma va changer cliniquement