

tiques des parties molles, BERGMANN en trouve quinze dans la mamelle; d'un autre côté sur trente-trois kystes hydatiques observés à la Charité de Berlin, dont quatorze chez des femmes il n'y en avait pas un dans la glande mammaire. Il s'agit donc en réalité d'une affection très rare. L'origine traumatique a été constatée dans plusieurs observations; d'ailleurs l'affection prend naissance dans le tissu glandulaire péri-acineux et forme une tumeur mobile sous la peau, avec tendance à s'isoler de plus en plus de la glande. L'accroissement est d'ordinaire lent; en deux ans, dans le cas de LE DENTU, le kyste avait acquis les dimensions d'un œuf; dans un autre fait on a signalé le gonflement simultané des ganglions axillaires. Enfin ces poches seraient susceptibles de s'enflammer, de suppurer ou encore de se rompre.

Le diagnostic de ces kystes est pour ainsi dire impossible; peut-être l'issue par la ponction d'un liquide clair, cessant brusquement avant la disparition de la tumeur, reparaissant quand on déplace la canule, pourrait-elle faire soupçonner l'affection; le chirurgien n'aura la certitude qu'en constatant la présence des crochets.

Si le kyste hydatique était reconnu, on emploierait utilement les injections irritantes, mais en l'absence d'un diagnostic précis, c'est à l'extirpation qu'il faudra donner la préférence.

2° TUMEURS CONJONCTIVES

Bibliographie. — MANEC, *Gaz. des Hôp.*, 1859, p. 45. — LE DOUBLE, *Soc. anat.*, 1875, p. 185. — BENOIT et MONTEILS, in *Montpellier médical*, 1877. Thèses de Paris. — 1875, LABARRAQUE (Bibliogr.) — 1881, RONEC.

A. — LIPOMES

Le lipome de la glande mammaire n'est pas admis par tous les auteurs: dans le petit nombre de cas qui ont été publiés il s'agissait bien plutôt de lipomes paramammaires. HEGETSCHWEILER parle d'une tumeur qui avait acquis un volume énorme et mesurait 0^m,43 dans son diamètre vertical; après l'extirpation de cette masse, qui avait été confondue avec une hypertrophie, la dissection montra que la glande indépendante de la tumeur était comprimée par elle. A. COOPER, VELPEAU ont observé quelques-uns de ces lipomes; le poids de la tumeur était de 14 livres dans le cas de COOPER. Tantôt ce néoplasme siège au-devant de la glande, tantôt au-dessous comme chez une malade de BRYK (*Arch. de Langenbeck*, t. XVII, p. 576); ce lipome kystique, très volumineux, fut extirpé et la malade mourut de septicémie. LISTER en a enlevé un autre (*Brit. med. J.*, t. II, p. 778, 1881).

B. — FIBROMES DE LA GLANDE MAMMAIRE

Nous en décrivons deux variétés: 1° le fibrome diffus s'étendant à toute la glande; 2° le fibrome circonscrit.

Fibrome diffus. Hypertrophie générale de la mamelle. — Les observations de cette affection se comptent encore. BILLROTH dit en avoir vu deux exemples (figure 223). MONOD en a présenté un spécimen intéressant à la Société de chirurgie (1881).

Cette hypertrophie porte sur les deux éléments constitutifs de la glande, principalement sur le tissu conjonctif interlobulaire; c'est grâce à la prolifération de ce dernier que la tumeur peut acquérir des dimensions insolites. Quant à l'élément glandulaire il reste dans un état d'infériorité relative bien que l'épithélium prolifère.

VIRCHOW, qui lui donne le nom d'éléphantiasis, en admet deux variétés suivant que la masse est molle ou dure; il nous semble que cette distinction mérite d'être conservée parce qu'elle correspond à deux phases différentes de l'évolution de ces néoplasmes. Quoique la tumeur prenne naissance dans le tissu cellulaire interlobulaire, la couche sous-cutanée ne tarde pas à être intéressée; dans les cas légers elle présente du sclérème; plus tard elle devient lardacée, blanchâtre, succulente et les pelotons adipeux disparaissent. A la coupe le tissu glandulaire est également blanc grisâtre, les lobes acineux sont enfouis dans une sorte de gangue. Le suc provenant du raclage, blanc laiteux, contient des éléments épithéliaux d'origine glandulaire. Enfin l'examen histologique révèle une prolifération active du tissu conjonctif et du tissu glandulaire; BILLROTH y aurait rencontré des noyaux fibro-sarcomateux; les vaisseaux sont normaux.

Après une période d'accroissement assez rapide, la tumeur subirait une phase régressive qui amènerait l'atrophie partielle, la rétraction du tissu cellulaire et de la gangue; à l'hypertrophie succéderait la cirrhose atrophique. Les éléments glandulaires étouffés par le fibrome diffus disparaissent, le mamelon lui-même se rétracte. Ça et là se forment des kystes par rétention et surtout par rétrécissement partiel des conduits, contenant un magma caséeux formé aux dépens de l'épithélium proliféré et altéré. Mais un point intéressant de l'histoire de ces poches kystiques c'est que les végétations du tissu conjonctif s'enfoncent dans ces cavités et les rendent très irrégulières. LABBÉ et COYNE signalent en outre une surcharge graisseuse des trabécules interlobulaires.

Étiologie. — DUPLAY prétend que cette maladie est spéciale aux femmes de vingt à trente ans, tandis que pour BILLROTH elle se montrerait beaucoup plus tôt, peu de temps après l'établissement de la menstruation. Le traumatisme a été incriminé ici comme dans les autres lésions du sein sans preuves à l'appui; l'influence fâcheuse de la grossesse sur l'accroissement de la tumeur est beaucoup plus manifeste; enfin l'affection coïncide presque toujours avec des troubles de la menstruation.

Symptômes. — L'augmentation de volume d'un ou des deux seins constitue le symptôme capital; leur évolution assez rapide procède quelquefois par poussées comme dans l'éléphantiasis. DURSTON aurait vu une de ces tumeurs apparaître en une nuit; d'ordinaire en quelques mois le sein acquiert des dimensions insolites. Dans un cas de BILLROTH l'une des glandes mesurait 0^m,68 de circonférence et l'autre 0^m,65. MANEC a extirpé une mamelle du poids de

16 livres. Les symptômes objectifs sont les suivants : sein ferme, élastique, peu mobile, recouvert par une peau dure, chagrinée, sillonnée à la base par un lacis veineux bien développé. A la palpation, les doigts sentent çà et là des noyaux durs peu douloureux. Plus tard, par le fait de son poids, la tumeur pend davantage, se pédiculise, prend la forme d'une besace et se ramollit. Le mamelon s'efface, l'aréole s'étale, se pigmente, la voix devient rauque, les femmes sont bientôt fatiguées par le poids de ces glandes anormales. Il faut

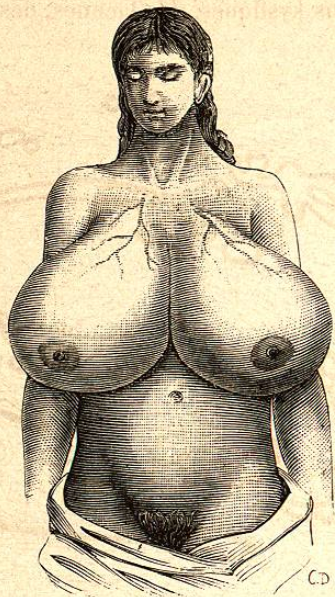


Fig. 223. — Hypertrophie des deux seins. Fibrome diffus.

regarder comme exceptionnel le fait de BENOIT et MONTEILS qui ont vu la tumeur diminuer par le mariage ou une grossesse.

L'existence de l'hypertrophie n'est pas incompatible avec un état de santé satisfaisant. BILLROTH a cependant réuni nombre de cas de mort par le fait de complications diverses. Chez une femme, la mort survint à la suite de la rupture d'un kyste du volume d'un œuf; un érysipèle enleva une malade de BILLROTH; l'inflammation fut fatale dans un fait de HUSTON. Enfin on a signalé la possibilité d'accidents pulmonaires, d'abcès et de fistules (GRAHS et HESS). Cette affection exerce souvent une influence fâcheuse sur la grossesse et plus d'une fois les femmes épuisées ont accouché d'un enfant mort.

Traitement. — Jusqu'ici les moyens simples, la compression, la médication iodée n'ont pas donné des succès positifs. C'est à la suite de la compression que la malade de BILLROTH eut un érysipèle. MANEC, HESS, GLUCK pratiquèrent l'amputation des deux seins en pareille circonstance.

Fibrome circonscrit. — Cette seconde forme, beaucoup moins rare que la précédente, n'intéresse que quelques lobules de la glande. Les fibromes ont

généralement le volume d'une noix ou d'un œuf; suivant LABBÉ et COYNE ils sont caractérisés par leur situation périphérique, l'absence de prolongements ramifiés, l'existence autour de la tumeur d'une capsule fibreuse, épaisse. Aussi ces fibromes sont-ils facilement énucléables, bien qu'ils soient rattachés à la glande mammaire par un pédicule vasculaire. Ces tumeurs crient sous le scalpel et leur coupe d'un blanc rosé donne, par le raclage, quand elles sont dans les premières phases de leur développement, un suc lactescent. Plus tard elles deviennent dures, sèches, plus fibreuses, élastiques; çà et là on observe de petites dilatations kystiques, des lacunes, des fentes contenant les

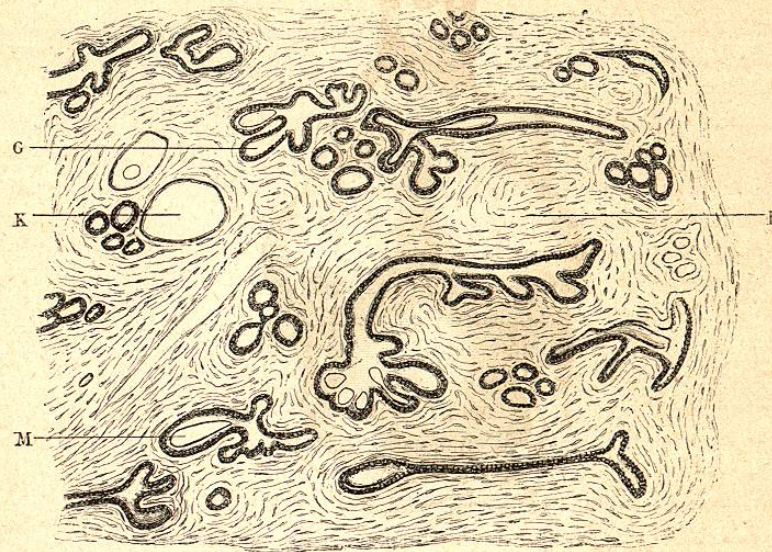


Fig. 224. — Fibrome de la mamelle. — F, tissu fibreux. — G, acinis. — M, matière accumulée dans les acinis. — K, cavités kystiques.

produits de la fonte des épithéliums (fig. 224). C'est dans ces cavités qu'on trouve les végétations endocanaliculaires. Comme tous les fibromes, ceux du sein se calcifient quelquefois; d'autres subissent la transformation myxomateuse. Jamais ces sortes de néoplasmes ne se généralisent, jamais ils n'envahissent les ganglions et il est tout à fait exceptionnel de les voir récidiver comme dans un cas de LABBÉ.

Symptômes. — Les fibromes apparaissent de préférence entre seize et vingt-cinq ans; d'un autre côté BILLROTH n'en a pas vu se développer après quarante ans. Ici encore on a invoqué l'origine traumatique; la coexistence du fibrome dans les deux seins n'est pas un fait rare. Les caractères qui permettront de reconnaître le néoplasme sont les suivants : tumeur du volume d'une noix, dure, périphérique, d'une consistance ferme et élastique, lobulée, mobile, sans adhérences à la peau; un seul pédicule la rattache à la glande. Ajoutons que le fibrome se développe lentement, s'enflamme dans certains

cas et devient douloureux. Il prend exceptionnellement un volume anormal, et subit alors la dégénérescence kystique ou change de nature pour se transformer en sarcome. LABBÉ et COYNE ont observé l'énucléation du fibrome à travers une ulcération cutanée.

G. — SARCOME

Bibliographie. — BILLROTH, in *Deutsche Chir.*, Lief. 41, 1880 (Bibliogr.). — *Soc. anat.*, t. XLVIII et XLIX.

Thèses de Paris. — 1876, DE WEZYK. — 1880, CORDIER.

De toutes les tumeurs conjonctives c'est à peu près la seule qui présente un caractère de malignité; elle est constituée par le développement anormal du tissu conjonctif embryonnaire.

Anatomie pathologique. — Une grande confusion règne dans la science au sujet des sarcomes du sein et l'on trouve parmi les auteurs des divergences d'opinion considérables. Les uns avec DUPLAY, ne considérant que le degré de l'évolution du tissu conjonctif, admettent des tumeurs embryoplastiques formées par du tissu embryonnaire et des tumeurs fibro-plastiques ou à cellules fusiformes. Pour BILLROTH il existe deux variétés : 1° Les sarcomes mous ou médullaires comprenant : le sarcome à cellules rondes, le lympho-sarcome, le mélano-sarcome, le sarcome à cellules géantes et le myxome; 2° le cysto-sarcome.

Sans nier la valeur des caractères sur lesquels cette dernière division est basée nous acceptons de préférence celle de W. GROSS qui admet trois variétés principales : 1° le sarcome à cellules rondes, encore appelé sarcome myéloïde, sarcome encéphaloïde; 2° le sarcome à cellules fusiformes (*spindlecelled*; sarcome fasciculé de RANVIER, tumeur fibro-plastique de LEBERT); 3° le sarcome à cellules géantes. Quelle que soit la variété, il faudra également tenir compte des modifications que subit l'élément glandulaire et en particulier de la transformation kystique.

1° Les *sarcomes à cellules rondes* (sarcomes encéphaloïdes) sont formés par des cellules arrondies, à protoplasma abondant, juxtaposées dans un stroma fibrillaire délicat et parcouru par des vaisseaux volumineux. On en distingue deux variétés, le sarcome lymphoïde et le sarcome alvéolaire; ces tumeurs offrent à la coupe une coloration jaune rougeâtre ou grisâtre. Parfois elles présentent des taches ecchymotiques produites par des extravasats sanguins.

2° Les *sarcomes à cellules fusiformes* ont une consistance supérieure à celle des précédents; grises ou d'un blanc grisâtre à la coupe, ces tumeurs crient sous le scalpel; dans les points plus vasculaires elles prennent une coloration rosée.

3° *Sarcomes à cellules géantes.* Les éléments caractéristiques ou myélopaxes à noyaux multiples sont enserrés dans un tissu conjonctif composé de cellules fusiformes ou de cellules rondes. Un des points communs à toutes ces variétés, sur lequel insistent beaucoup LABBÉ et COYNE est l'existence d'une capsule à la périphérie de la tumeur. L'élément glandulaire participe toujours

dans une certaine mesure à l'altération sarcomateuse. Ici comme dans les autres tumeurs du sein, l'action mécanique suffit pour produire la compression des acinis, des canaux et la formation de cavités kystiques dans lesquelles l'épithélium prolifère, subit la régression granulo-graisseuse. D'après LABBÉ et COYNE la paroi du cul-de-sac présenterait elle-même la transformation fibro-plastique, fait qui n'est pas accepté par W. GROSS. Quoi qu'il en soit de ces points d'histologie fine, la conséquence de l'altération des culs-de-sac est la production de lacunes, de fentes, surtout de végétations multiples qui proli-

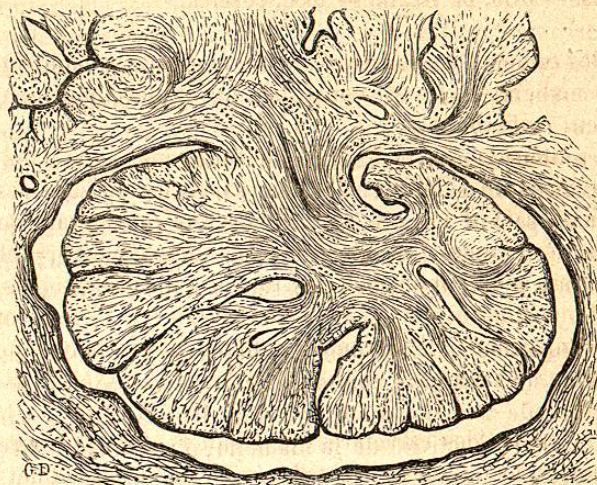


Fig. 225. — Végétation à l'intérieur d'un kyste de la mamelle (d'après BILLROTH).

èrent à l'intérieur des cavités kystiques (fig. 225). LABBÉ et COYNE attribuent ces végétations à la pénétration du tissu sarcomateux tandis que d'autres auteurs, parmi lesquels nous citerons FORSTER, REINHARDT, admettent une hyperplasie des culs-de-sac terminaux.

Loin d'être un accident des sarcomes du sein, l'existence des kystes est au contraire un de leurs caractères les plus communs; d'ailleurs tous les culs-de-sac glandulaires n'offrent pas cette évolution kystique, et suivant GROSS, le sarcome fibro-plastique conserve la structure glandulaire. Quant au contenu des kystes, il est séreux, visqueux, souvent hématique.

Il nous reste à parler de quelques-unes des modifications qui surviennent dans ces sortes de néoplasmes soit par le fait de leur volume, soit par suite des régressions que subit la tumeur. Si bien encapsulé que soit le sarcome, à un moment donné, franchissant la zone conjonctive limitante, il prend un caractère infectieux; le néoplasme envahit de cette façon les couches de tissu cellulaire sous-cutané, la peau perd alors sa mobilité, mais ce qui distinguerait, d'après LABBÉ et COYNE, le carcinome du sarcome, c'est que ce dernier n'entoure pas les ilots adipeux pour les envahir de la périphérie au centre. Comme conséquences de l'adhérence et de la distension de la peau, signalons la fréquence

de l'ulcération, plutôt due à une gangrène par distension qu'à l'envahissement de ses éléments par le tissu néoplasique. Dès que l'ouverture est suffisante, le produit morbide franchit la surface et fait hernie sous forme de gros bourgeons fongueux, mollasses. Les sarcomes myéloïdes seraient, plus que les autres, exposés à l'ulcération. Dans la profondeur l'évolution du sarcome est analogue; la tumeur n'envahit que lentement le plan musculaire et même peut pénétrer dans les espaces intercostaux; les ganglions axillaires ne sont presque jamais engorgés; mais le sarcome est susceptible de récidiver sur place et de se généraliser au bout d'un temps assez long; fait intéressant à noter, la tumeur récidivée ne renferme plus d'éléments glandulaires.

Enfin les sarcomes, quelle que soit leur variété, subissent dans leur structure des dégénération diverses. Ainsi on a fréquemment noté la transformation muqueuse des tumeurs fasciculées, l'infiltration graisseuse, la prédominance de l'élément vasculaire (*sarcome hématoïde* ou *télangiectasique*), le dépôt de sels calcaires dans la substance. Le ramollissement du tissu aboutit encore çà et là à la formation de foyers plus mous (cystoïdes), qu'il faut distinguer des kystes. La plupart de ces derniers se rencontrent dans les tumeurs à cellules fusiformes; viennent ensuite les sarcomes myxomateux et télangiectasiques. BILLROTH a trouvé des plaques osseuses dans un sarcome et COATES du cartilage.

Étiologie. Fréquence. — C'est dans la quatrième décade de la vie que les sarcomes du sein sont les plus communs; cependant on en observe de dix à vingt ans comme de soixante à soixante-dix. D'après GROSS, 40 p. 100 surviennent à la période d'activité de la mamelle; d'un autre côté les sarcomes à cellules fusiformes seraient plus précoces que les sarcomes myéloïdes; dans les sept huitièmes des cas un sarcome, qui apparaît avant vingt ans appartient à la première variété. L'influence prédisposante du mariage et surtout des grossesses multiples semble démontrée; de même le traumatisme ne serait pas indifférent à la production du sarcome, puisqu'une fois sur sept cette cause a été relevée par GROSS; les abcès, le psoriasis du mamelon agissent d'une façon analogue. Quant à l'hérédité, son action n'est pas certaine.

Symptômes. — Le début des sarcomes du sein est en général assez insidieux et nombre de malades s'aperçoivent par hasard de leur mal. BRYANT a vu un écoulement par le mamelon précéder de deux ans l'apparition de la tumeur; à la fin il était devenu sanguinolent.

Le sarcome se présente dans ses premières phases sous la forme d'une masse du volume d'une noix, arrondie, ovoïde, lobée ou bosselée, mobile, située à la périphérie de la glande ou dans son épaisseur. CORDIER signale comme lieu d'élection la partie supérieure et interne. A mesure que la maladie se développe la glande se trouve refoulée, déviée, aplatie; mais il est presque toujours possible de retrouver le pédicule qui la rattache au néoplasme. Comme le sarcome succède assez souvent au fibrome, la tumeur en affecte au début tous les caractères, si bien qu'il est impossible de les distinguer. Un peu plus tard le sarcome a augmenté de volume; sa consistance devient plus ou moins molle suivant les formes et les dégénération que subit le néoplasme; la forme fibro-plastique est ferme, la forme myéloïde élastique, molle; cepen-

dant on conçoit qu'il n'y ait là rien de précis, car la présence de kystes, la transformation myxomateuse, lipomateuse ou hémorragique modifient ces caractères.

Il est exceptionnel de trouver plusieurs sarcomes dans une même glande. Indolent au début, ce néoplasme peut s'accompagner plus tard de névralgies surtout dans les variétés kystiques; GROSS a trouvé que la douleur existait dans 63,4 p. 100 de tous les cas; le développement du sarcome l'exacerbe toujours. En pressant sur le mamelon il n'est pas rare de faire sourdre un liquide séreux, jaune citrin, sans qu'on puisse y ajouter aucune importance, comme le croyait A. RICHARD, relativement à la bénignité du mal.

Lorsque la tumeur a atteint des dimensions plus grandes, la température de la peau s'élève localement de 1° ou 2°; longtemps les téguments restent étrangers à la masse, puis ils deviennent durs, un peu adhérents; les ganglions axillaires ne sont pas engorgés.

Marche. — Les sarcomes sont très capricieux dans leur évolution; si quelques-uns restent stationnaires, d'autres ont une marche rapide; tel nodule qui était resté pendant dix ou quinze ans indifférent acquiert en peu de mois un volume double ou triple. Les mêmes irrégularités s'observent par rapport à la menstruation, la grossesse, la lactation, la ménopause. Ces divers états comme les traumatismes donnent souvent un coup de fouet à l'affection; on a cependant signalé quelques sarcomes qui ont diminué après la lactation (GROSS). En général les sarcomes et surtout les cysto-sarcomes acquièrent des dimensions assez considérables; BILLROTH a vu une de ces tumeurs devenir en cinq ou six mois grosse comme une tête d'adulte; BRYANT enleva un sarcome du poids de 9 livres 1/2 développé en neuf mois et BENNETT cite le cas d'un sarcome myxomateux qui au bout de quatre mois mesurait 23 pouces; certains d'entre eux ont pu atteindre le poids de 12 livres dans une année. Arrivés à ce degré, ces néoplasmes n'ont plus leurs caractères primitifs; ils sont bosselés, présentent des points fluctuants; le mamelon est un peu rétracté, un lacis de grosses veines sillonne la peau distendue et même ulcérée sur un ou plusieurs points. Telle est l'origine des pertes de substance par où sortent de gros bourgeons facilement saignants qui sécrètent une matière purulente sanieuse.

Quand la tumeur a atteint ce développement, l'état général jusque-là satisfaisant s'altère et les malades succombent après plusieurs années, dans le marasme, la cachexie qui résulte des métastases.

Pronostic. — On ne saurait considérer le sarcome du sein comme une tumeur bénigne; en effet il récidive avec une ténacité désespérante, quelquefois même se généralise. Les travaux statistiques de GROSS nous paraissent mettre bien en lumière ces divers points. WILKS, MOXON, CORNIL et RANVIER, LABBÉ et COYNE, considèrent le cysto-sarcome comme une variété moins maligne que les autres et seulement susceptible de récidiver localement; d'autres auteurs, VIRCHOW, LUCKE, BIRKET, ASHURST, KLEBS, BILLROTH, ne partagent pas cette manière de voir. Si les tumeurs à cellules rondes sont les plus malignes, les sarcomes fasciculés n'offrent guère moins de gravité; cependant malgré de nombreuses récidives quelques malades ont fini par guérir. Sur vingt-six opérations pour des sarcomes à cellules fusiformes, six fois GROSS n'a pas