

trouvé de récurrence deux ans après; une malade mourut sans métastase et dans dix-neuf cas il y eut récurrence ou infection. D'une façon générale la récurrence survient chez 61 p. 100 des opérées et la métastase chez 57,14 p. 100, tandis que la récurrence locale du carcinome est de 80,97 p. 100.

Si l'on compare le sarcome au carcinome du sein on voit que ce dernier se généralise plus souvent que le premier; la durée ultérieure de la vie est supérieure dans le sarcome puisqu'elle est de sept ans dans un cas, et de trente-sept mois dans l'autre. Grâce à l'intervention, il est possible de prolonger sensiblement l'existence des femmes atteintes de sarcomes. GROSS a fait sur une malade vingt-deux opérations en quatre ans et plus de dix ans après la dernière la femme jouissait d'une parfaite santé. — Cette bénignité relative tient assurément à la rareté de la propagation lymphatique et à l'intégrité longtemps persistante de l'état général.

D. — MYXOME

Les myxomes du sein paraissent assez rares, GROSS n'a pu en réunir que dix exemples; ils sont caractérisés par la présence dans la tumeur d'une matière hyaline analogue à la gélatine de Warthon; on y retrouve les grandes cellules stellaires ou fusiformes caractéristiques, anastomosées par leurs prolongements. Ces tumeurs, grisâtres à la coupe, présentent la consistance de la gelée; le raclage permet d'en extraire un liquide comparable à de la gomme.

Les auteurs reconnaissent plusieurs variétés: 1° le *myxome médullaire* dans lequel les cellules embryonnaires sont assez nombreuses; la tumeur a une apparence encéphaloïde; 2° le *myxome télangiectasique* avec tendance aux hémorragies interstitielles. Signalons encore le *fibro-myxome*, le *myxome lipomateux*, *cystoïde*, etc. Développé dans le tissu conjonctif interlobulaire, peut-être dans le tissu adipeux le myxome est diffus ou circonscrit; dans ce dernier cas la tumeur est rattachée par un pédicule à la glande refoulée. Ici également les éléments sont dégénérés ou bien donnent naissance à des kystes proliférants.

Étiologie. — L'étiologie des myxomes est des plus obscures; ils ne paraissent pas plus communs chez les femmes mariées ou mères que chez les autres. L'influence de troubles de la menstruation ou de la ménopause ne semble pas beaucoup mieux établie. Contrairement à ce que nous avons vu pour les autres tumeurs conjonctives, le myxome n'apparaît guère avant l'âge de vingt-neuf ans; son évolution semble donc liée à la déchéance fonctionnelle de l'organe.

Symptômes. — Solitaires, arrondis, parfois lobulés, assez souvent douloureux, les myxomes occupent la partie supérieure de la glande; ces tumeurs sont sujettes à l'inflammation, aux abcès, à l'ulcération. Lorsque la peau est envahie, le tissu morbide peut faire hernie à travers la solution de continuité (LABBÉ et COYNE); il en résulte des hémorragies susceptibles de compromettre la vie comme dans l'observation de MOORE.

Relativement à sa marche le myxome tiendrait le milieu entre le fibrome et le sarcome; si quelques-uns atteignent les dimensions d'une tête d'adulte, ordinairement ils ne dépassent pas le volume d'une orange ou d'une pomme;

ils sont remarquables par leur grande tendance à intéresser la peau, à l'ulcérer. Dans un seul cas, GROSS a noté l'envahissement des ganglions. Comme le sarcome, le myxome récidive, mais jusqu'ici il n'y a pas d'exemples de dissémination dans les viscères.

3° TUMEURS D'ORIGINE ÉPITHÉLIALE

Divisions. — Les confusions que nous avons signalées à maintes reprises, en décrivant les tumeurs conjonctives du sein, deviennent plus grandes quand il s'agit des tumeurs épithéliales. La vieille division clinique en tumeurs bénignes et malignes appliquée aux néoplasmes du sein ne correspond pas exactement à des groupes anatomo-pathologiques. Un coup d'œil sur les théories successivement émises fera mieux comprendre l'état de la question. Sans remonter à COOPER et à VELPEAU il est juste de dire que la conception de l'adénome, tel qu'il était compris par LEBERT, BROCA, a exercé une influence marquée sur nos idées. D'un côté on admit un adénome avec prédominance de l'élément épithélial et de l'autre un carcinome caractérisé par sa cellule cancéreuse spécifique, absolument distinct du précédent. Cette conception simple, commode en théorie, ne répondait pas aux nécessités cliniques; en effet, de même que certaines tumeurs conjonctives avaient été reconnues malignes, de même l'adénome à prédominance épithéliale offre dans quelques cas des caractères qui le rapprochent du carcinome. Des néoplasmes rangés dans le groupe des tumeurs homéomorphes se comportaient à la façon des hétéromorphes; des productions morbides qui n'avaient pas la cellule spécifique présentaient la malignité du cancer. ROBIN, BROCA, VERNEUIL, BILLROTH, ont les premiers montré la nature maligne de quelques-uns de ces adénomes. Ainsi le premier essai de conciliation entre la clinique et l'histologie échoua.

Il fallut trouver un moyen terme pour trancher la question. « Le remède, dit DEFFAUX, dans sa thèse inspirée par MALASSEZ, ne nous paraît pas impossible; il consisterait à décrire à part les formes cliniques et les formes anatomo-pathologiques; en un mot, il faudrait que le clinicien se bornât à employer des termes cliniques et que l'histologiste ne se servît que de termes histologiques. » Et sans tenir aucun compte des différences cliniques, sans se soucier de faire une description commune à toutes les variétés, MALASSEZ, DEFFAUX créent un grand groupe des épithéliomas qui comprend les adénomes, les kystes, les encéphaloïdes, bref des tumeurs bénignes et malignes. Mais au point de vue histologique toutes ces tumeurs ont un caractère commun; l'altération typique ou atypique de l'épithélium glandulaire; ces auteurs en reconnaissent trois groupes.

Le premier groupe renferme les tumeurs dans lesquelles l'épithélium n'est pas ou est peu altéré; cette forme est caractérisée par des dilatations glandulaires.

Le deuxième groupe comprend les tumeurs dans lesquelles l'épithélium est altéré dans un ou plusieurs de ses caractères normaux; la membrane propre persiste et par conséquent la disposition régulière est respectée.

Dans le troisième groupe enfin, outre les altérations de l'épithélium la disposition glandulaire a disparu et les masses épithéliales sont libres au milieu du tissu conjonctif; c'est le vrai carcinome.

En résumé trois groupes : épithélioma typique, métatypique et carcinome. Quand il s'agit de décrire les symptômes, DUPLAY qui accepte cette manière de voir nous dit « qu'il est difficile dans l'état actuel de la science de donner une bonne description clinique des épithéliomes du sein dont la symptomatologie se confond avec celle des tumeurs dites adénoïdes ».

Dans leur *Traité des tumeurs bénignes du sein*, LABBÉ et COYNE arrivent à des conclusions analogues; ils ont absolument rompu avec la tradition et l'on y chercherait en vain le chapitre de l'adénome, mais on y trouve la description histologique d'une nouvelle variété de tumeur désignée sous le nom d'*épithéliome intra-canaliculaire*, affection bénigne d'origine glandulaire. Il ne faut pas se méprendre sur la portée de ce terme; il s'agit toujours de l'adénome irrégulier à prédominance épithéliale, de l'épithéliome métatypique de MALLASSEZ. Peut-être cette variété est-elle un peu moins bénigne que ces auteurs n'ont été portés à le croire. En 1880, W. GROSS, qui nous paraît avoir étudié avec soin la question, conserve dans son ouvrage le terme d'adénome en faisant ressortir la fréquence de la forme kystique due à la prolifération intra-canaliculaire ou acineuse. Enfin, en 1883, P. RECLUS a décrit, sous le nom de maladie kystique de la mamelle, une affection assez bien déterminée qui, d'après les recherches de BRISSAUD, correspondrait en partie à l'épithélioma métatypique, en partie à l'épithéliome intra-canaliculaire. Malgré les distinctions histologiques qu'on a voulu établir, il nous semble impossible d'admettre que ces divers observateurs également habiles, n'aient pas étudié les mêmes objets; l'interprétation seule diffère. Aussi, provisoirement, décrivons-nous à part l'adénome kystique et le carcinome du sein.

A. — ADÉNOME KYSTIQUE. — MALADIE KYSTIQUE DE RECLUS

SYNONYMES. — Adénome irrégulier. — Épithélioma intra-canaliculaire (LABBÉ et COYNE).
Épithélioma métatypique. — Épithélioma kystique intra-acineux (BRISSAUD).

Bibliographie. — *Traité généraux.* — DEFFAUX, Th. de Paris, 1877. — P. RECLUS, *Revue de chirurgie*, 1883, p. 761. — BRISSAUD, *Archives de physiol.*, 1884. — SAINT-MACARY, Th. de Paris, 1883.

Anatomie pathologique. — Il existe deux sortes d'adénomes à prédominance épithéliale : les uns se développent aux dépens des acinis (adénomes acineux) les autres se forment dans les conduits (adénomes tubulaires ou intra-canaliculaires). Les premiers, plus fréquents, affectent la disposition kystique, d'où les noms d'adénomes kystiques, d'épithéliomes kystiques intra-acineux qui leur ont été donnés. Les distinctions entre ces deux modalités de la même maladie ne sont pas très importantes et mériteraient confirmation.

1° Maladie kystique. — Un des traits particuliers de cette affection, est le suivant en coupant la glande on reconnaît « qu'il n'y a pas trace de tumeur

là où l'on supposait qu'il en existait une; la coupe, comme criblée, montre une grande quantité de cavités kystiques de volume différent, donnant à la section l'aspect d'une ruche d'abeille (mamelle en passoire), et contenant un liquide séreux ou visqueux ». Le tissu conjonctif ambiant n'est pas intéressé, ces kystes peuvent être agglomérés dans quelques points de la glande, mais on en trouve partout.

La plupart des kystes situés à la périphérie ont les dimensions d'un grain de raisin; cependant quelques-uns atteignent le volume d'un œuf de poule; leur contenu est remarquable par sa coloration légèrement visqueuse, sa couleur brune à reflets verdâtres et par la présence de globules huileux; d'autres sont séreux, quelques-uns enfin contiennent une matière athéromateuse mélangée à du sable crayeux. Ce serait là l'origine des filaments vermiformes qu'on fait sortir en exprimant la coupe. L'histologie a permis de suivre le processus dans ses détails et de constater que l'affection prenait naissance dans les acinis dont l'épithélium proliféré, métatypique, devenait granulo-graisseux. Quant à l'existence du liquide que l'on trouve toujours dans les kystes qui ont acquis des dimensions plus grandes, on ne peut guère expliquer sa présence que par une sorte de sécrétion séreuse ou muqueuse (BRISSAUD). En résumé cette maladie est caractérisée anatomiquement par une perversion de l'activité des acinis primitive et généralisée à toute la glande.

2° Épithélioma intra-canaliculaire — Suivant LABBÉ et COYNE l'affection est constituée par des tumeurs localisées, grosses comme une noix, qui seraient susceptibles d'envahir plus tard tout l'organe. Au début il n'existe que des noyaux arrondis, lobulés, rattachés les uns aux autres, et contenus dans une même capsule fibreuse formée par le tassement du tissu conjonctif périphérique; par suite de l'augmentation de volume des éléments glandulaires, la trame fibreuse interlobulaire s'atrophie et s'amincit.

A la coupe cet épithélioma a une teinte blanc laiteux avec des zones rosées ou jaunâtres; on ne retrouverait pas les lacunes glandulaires constatées dans d'autres tumeurs. Les seuls kystes que l'on y rencontre sont produits par régression granulo-graisseuse de l'épithélium des acinis; ils sont petits, à bords irréguliers, à paroi quelquefois végétante. LABBÉ et COYNE insistent beaucoup sur la capsule limitante fibreuse, d'origine mécanique, qui semble constituer « une barrière épaisse et suffisamment résistante pour isoler la zone de prolifération épithéliale de la région où existent des lacunes lymphatiques. Il résulte de ce fait une absence de généralisation très remarquable, pendant toute la période de temps que dure cet isolement ». Mais, suivant ces auteurs, la tumeur pourrait perdre cette bénignité par suite de circonstances mal connues.

Symptômes. — **1° Maladie kystique.** — On ne sait rien de précis sur les causes qui favorisent le développement de cette affection; son début est insidieux. Tantôt c'est à l'occasion d'un coup, d'une douleur, que la malade s'aperçoit de l'existence d'une petite tumeur, tantôt par l'effet du hasard. Les signes physiques sont la plupart négatifs; il n'y a pas de déformation du mamelon, la peau reste saine jusqu'à une période avancée de la maladie. C'est à la palpation qu'on perçoit des bosselures disséminées, dures, qui donnent aux doigts

la sensation d'une mamelle injectée au suif, ou encore de grains de plomb; les plus grosses atteignent seulement le volume d'un œuf de pigeon. Quoique plus développée d'un côté, l'affection existe sinon constamment, du moins dans la majorité des cas des deux côtés; les ganglions ne sont pas engorgés.

Généralement lente et régulière, la marche de la maladie kystique est parfois plus rapide; un coup, un traitement irritant amènent l'inflammation, puis la rupture d'un kyste, avec production d'une fistule. Au point de vue clinique, il s'agirait de tumeurs bénignes et dans aucun cas la récurrence n'a été observée.

2° *Épithélioma intra-canaliculaire.* — LABBÉ et COYNE sont peu explicites sur les symptômes de cette affection; elle apparaîtrait vers l'âge moyen de la vie. Un écoulement séro-sanguin par le mamelon a été signalé chez un certain nombre de malades. A la palpation la main perçoit des bosselures dures qui se sont développées lentement; d'autres tumeurs situées à la périphérie et rattachées à la première par un pédicule tendent à se confondre avec elles. Ainsi la plus grande partie de la glande se prendrait progressivement. Comme phénomène important LABBÉ et COYNE signalent « que la masse paraît plus lourde qu'une tumeur de même volume dont le tissu serait différent ». Quoique lente, l'évolution de l'affection est continue. Il faut avouer que tous ces symptômes n'ont rien de caractéristique.

D'après GROSS les adénomes ne se développent pas avant l'âge de seize ans; le maximum de fréquence est de trente à quarante ans; 66 p. 100 apparaissent avant quarante ans, c'est-à-dire pendant la période d'activité de la glande. Suivant le même auteur, l'adénome pourrait amener l'ulcération de la peau et la formation de fungus saignants; il a réuni deux cas d'adénopathie; la douleur ordinairement nulle, acquiert dans certains cas une acuité exceptionnelle. Si ces tumeurs récidivent quelquefois après l'opération, cela tient probablement à ce que l'ablation était incomplète, car elles n'ont aucune malignité par elles-mêmes.

B. — CARCINOME DU SEIN

Bibliographie. — WOLFBERG, in *Arch. de Virchow*, t. LXI, p. 241. — KLOTZ, *Diss. Inaug.*, Halle, 1869. — WOLKMAN, *Beitr. z. Chir.*, Leipzig, 1875, p. 319. — OLDEKOP, *Arch. de Langenbeck*, Bd. XXIV, p. 536. — MALASSEZ, in *Arch. de Physiol.*, 1876, p. 353. — BUTLIN, *Brit. Med. J.*, 1877, t. I^{er}, p. 106. — HENRY, *Diss.*, Breslau, 1879. — KORTEWEG, *Arch. de Langenbeck*, 1880, t. XXIV, p. 767. — SPRENGEL, *Arch. de Langenbeck*, t. XXVII, 1882. — KUSTER, in *Arch. de Langenbeck*, t. XXIX, p. 723. — LANDSBERGER, *Ibid.*, p. 98. — WINIWARTER, *Statistique*, Stuttgart, 1878. — SIMMONDS, *Ueber Gallertkrebs*, in *Deutsche Zeitsch.*, 1884, p. 74. Thèses de Paris. — 1877, DEFFAUX.

Le carcinome du sein est une tumeur maligne d'origine épithéliale, remarquable par sa tendance à infiltrer les tissus, à se propager aux ganglions voisins et à se généraliser. Cliniquement cette affection paraît bien déterminée, mais au point de vue histologique elle a des analogies de structure avec certains adénomes atypiques, et avec quelques variétés de sarcome.

Développement. — Nous avons vu que le carcinome est exclusivement cons-

titué par un amas de cellules épithéliales polymorphes dans un stroma alvéolaire. Ces cellules sont juxtaposées sans aucune interposition de substance intercellulaire. Pour RANVIER et CORNIL le stroma serait caractéristique; ces auteurs rangent le carcinome parmi les tumeurs conjonctives, tandis que la plupart des histologistes en font une tumeur épithéliale. Sans présenter des caractères spécifiques, comme le croyaient LEBERT et son école, la cellule épithélioïde du carcinome n'en est pas moins déformée, agrandie, atypique; on y trouve des noyaux multiples et elle a une disposition marquée à subir la transformation graisseuse. Ceci dit, le carcinome évoluerait de la façon suivante: comme on peut le voir sur des coupes prises à la périphérie de la tumeur, le point de départ est dans l'épithélium des acinis ou des canaux qui prolifère et remplit les cavités; en même temps on voit apparaître dans le stroma ambiant des leucocytes, ou du tissu fibreux, des cellules embryonnaires. Peu à peu la membrane limitante propre de l'acini disparaît, il semble que les bourgeons épithéliaux après avoir rompu cette barrière, s'enfoncent dans le tissu con-

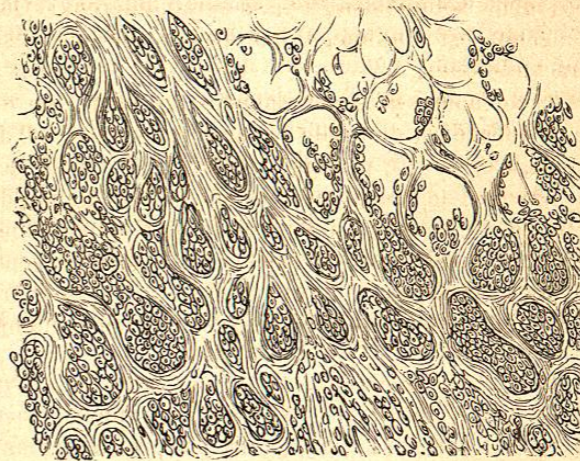


Fig. 226. — Structure d'un carcinome de la mamelle (d'après BILLROTH).

jonctif proliféré. C'est ainsi que la structure de la glande s'efface peu à peu; des vaisseaux nombreux traversent le tissu conjonctif.

Anatomie pathologique. Variétés. — Telle est la structure du carcinome type, mais il y a souvent des irrégularités dans les proportions des divers éléments constitutifs ou des dégénération spéciales dans chacun d'eux. De là des variétés qu'on pourrait multiplier sans profit. Avec la plupart des auteurs nous distinguerons: 1° Le *squirre* ou *carcinome dur* (*cancer atrophique, rétractile, cicatrisant*) caractérisé par la prédominance de l'élément conjonctif sur l'élément épithélial et par sa tendance à former du tissu fibreux. Il n'atteint jamais un volume supérieur à une orange, prend une forme discoïde, présente des bosselures irrégulières, arrondies; il est dense, ferme, lourd, crie sous le scalpel; la coupe, d'un blanc grisâtre, parsemée de foyers jaunâtres, s'excave

et donne peu de suc au raclage. A la périphérie on trouve toujours des îlots adipeux en voie d'infiltration (fig. 226).

2° Le *carcinome encéphaloïde* ou *carcinome mou*, multicellulaire, présente des caractères inverses du précédent, c'est-à-dire un tissu conjonctif alvéolaire à mailles peu épaisses. Les cellules acquièrent des dimensions insolites, deviennent facilement granulo-graisseuses et même offrent des vacuoles. Quant aux vaisseaux qui suivent les cloisons, ils prennent dans certains cas un développement anormal qui a valu à la tumeur le nom de *carcinome télangiectasique*. — L'encéphaloïde forme des tumeurs lobulées, volumineuses, de consistance molle, élastique; sa coupe est uniformément grisâtre ou encore parsemée de foyers bruns hémorragiques. Plus rarement des coagulums sanguins sont renfermés dans des cavités anfractueuses. Le raclage permet d'en extraire un suc abondant, trouble, contenant des cellules épithéliales polymorphes.

3° Le *carcinome colloïde* ou *gélatineux*. — Caractérisé par la dégénérescence colloïde du protoplasma des cellules. La dégénération commence par les cellules périphériques des alvéoles pour atteindre insensiblement le centre; de là un aspect lamellaire qui rappelle celui des globes épidermiques. Ces tumeurs ont une consistance molle : elles sont plus grosses que les squirres et la coupe présente une fine structure alvéolaire, blanc grisâtre.

4° *Carcinome mélanique*. — Extrêmement rare, caractérisé par la présence de granulations pigmentaires hématiques dans le protoplasma.

5° *Carcinome kystique*. — Ici comme dans toutes les autres tumeurs du sein nous retrouvons les kystes par rétention et dégénération de l'épithélium; parfois des végétations pénètrent dans les cavités (carcinome villeux). Leur volume varie depuis un grain de millet jusqu'à une noix; ils contiennent quelquefois du sang. MALASSEZ a signalé dans certains encéphaloïdes de petits kystes à paroi tapissée de cellules cylindriques.

Ces diverses variétés du carcinome ne sont pas également fréquentes; suivant W. GROSS sur cent cancers, soixante-dix-sept appartiennent au groupe des squirres, les autres variétés se partagent à peu près également le reste des cas. Quant aux carcinomes colloïdes ou mélaniques ce seraient de pures curiosités. Tous peuvent subir les dégénérescences graisseuse, calcaire; les produits de la nécrose, ramollis, mêlés au sang extravasé forment ainsi des espaces cystoïdes susceptibles de s'ouvrir à l'extérieur. Enfin on a noté dans quelques cas l'inflammation de la tumeur et même la formation d'un abcès central.

Parmi les principaux caractères de la maladie communs à toutes les formes il convient de signaler : 1° l'absence d'une capsule limitante comme dans les autres tumeurs conjonctives; aussi deviennent-elles de bonne heure adhérentes à la peau; 2° la tendance marquée à l'envahissement; 3° la propagation aux ganglions; 4° l'infection générale.

Étiologie. — Extrêmement rare avant trente ans, le carcinome du sein devient peu à peu plus fréquent pour atteindre son maximum de quarante à cinquante ans. Les relevés faits par GROSS avec les statistiques d'OLDEKOP, HENRY, WINIWARTER montrent que sur six cent quarante-deux cas :

| | | | |
|-----|-------------------------------------|-----|---|
| 18 | apparaissent de vingt à trente ans. | 165 | apparaissent de cinquante à soixante ans. |
| 128 | — de trente à quarante ans. | 78 | — de soixante à soixante-dix ans. |
| 245 | — de quarante à cinquante ans. | 8 | — de soixante-dix à quatre-vingts ans. |

Le sein gauche est intéressé plus souvent que le droit. L'affection n'a pas de rapports immédiats avec la période de plus grande activité de la glande; il semblerait même que le carcinome se montre au moment où celle-ci cesse. Quant à l'influence de l'irrégularité des règles elle paraît bien faible, puisqu'elle n'existait que dans la proportion de 6,41 p. 100; 88 p. 100 des cancéreuses sont des femmes mariées; et parmi ces dernières, SPRENGEL, sur cent douze femmes trouve quatre-vingt-dix-huit mères; en moyenne 83,91 p. 100 avaient des enfants; 73 p. 100 avaient nourri; 5 p. 100 des cas s'étaient développés pendant la grossesse ou la lactation.

De toutes les causes du cancer du sein, l'hérédité est une de celles qui paraît le mieux établie. On se souvient des tableaux généalogiques de familles cancéreuses dressés par BROCA. Si GROSS ne retrouve cette origine que dans la proportion de 9,72 p. 100 cela tient assurément à l'absence de renseignements. Sur cent neuf cas SPRENGEL constate neuf fois l'hérédité. L'état général de la malade ne paraît pas exercer une influence marquée, puisque la moitié des femmes jouissaient d'une bonne santé. Environ 41 p. 100 rattachent leur affection à des contusions; l'existence antérieure du psoriasis ou de l'eczéma du mamelon a été constatée dans la proportion de 4,35 p. 100; enfin 8,21 p. 100 avaient eu des mastites chroniques.

Symptômes. — *Première période.* — Le squirre, carcinome le plus commun, débute par une nodosité indolente, dure, bien circonscrite, adhérente à la glande, lobulée; avec un peu d'attention il est possible de découvrir autour de la tumeur d'autres lobules plus petits qui tendent à se réunir à elle. On n'est pas d'accord sur le siège de prédilection de l'affection; d'une façon générale le carcinome commence dans la moitié supérieure de l'organe. Suivant OLDEKOP, WINIWARTER, le lieu d'élection serait en haut et en dehors, pour GROSS aux environs du mamelon. Pendant cette première période, la peau conserve sa mobilité.

Deuxième période. Douleurs. Envahissement du tissu cellulaire. — Peu à peu, avec une rapidité extrêmement variable d'un cas à un autre, la tumeur augmente de volume et envahit la plus grande partie de l'organe ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané. C'est alors que la peau, par suite de l'atrophie de certaines parties de la tumeur et des modifications intimes qu'elle subit, prend un aspect crispé, rétracté; le mamelon lui-même, sans être déplacé, tend à s'enfoncer dans l'aréole. Puis apparaissent les douleurs caractéristiques, d'abord intermittentes, névralgiques, plus tard lancinantes, irradiantes au dos, à l'épaule, susceptibles de compromettre le sommeil.

Troisième période. Ulcération. Adénopathie. — Par ordre de succession nous constatons à cette période, qui arrive entre un an et dix-huit mois, l'envahissement de la peau par le néoplasme et l'infection ganglionnaire.

Il semble, d'après l'observation de nombreux faits, que ces deux modifications sont étroitement liées; en moyenne l'envahissement de la peau arrive au