

quatorzième mois, et l'infection ganglionnaire du seizième au dix-septième. L'invasion cutanée existerait dans 68,9 p. 100 de tous les cas; tantôt la peau est seulement modifiée dans sa structure et altérée dans sa couleur, tantôt sa vitalité est atteinte, d'où résulte l'ulcération. Dans ce dernier cas elle prend une coloration rouge-violacé, par suite de la dilatation des petits capillaires; un lacis veineux bien développé sillonne la peau. Au niveau des noyaux les plus gros elle se desquame avant de s'ulcérer. Parfois elle est dure, œdématisée, chagrinée, ou bien encore ressemble à un tissu de cicatrice. Lorsque cette infiltration sous-cutanée ou dermique s'étend en surface, elle donne lieu à une variété curieuse signalée par VELPEAU sous le nom de *cancer en cuirasse*. Dans ce cas l'affection tend à se propager au loin; on l'a vue couvrir toute la poitrine, gagner le sein du côté opposé et même l'épaule, le dos, l'abdomen. Enfin on a noté, dans un certain nombre de cas, un écoulement séreux ou sanguinolent par le mamelon.

Pendant que ces modifications se produisent du côté de la peau, d'autres surviennent dans la profondeur; la tumeur qui jusque-là présentait une certaine mobilité se fixe par des adhérences ou par des racines qu'elle enfonce dans le tissu cellulaire sous-mammaire. Un peu plus tard le tissu morbide franchit la barrière que lui imposent les aponévroses et c'est de cette façon que les pectoraux, les intercostaux, les côtes et la plèvre sont quelquefois envahis. Des relevés de GROSS il résulte que les adhérences profondes existent dans 21 cas p. 100; les pectoraux sont intéressés dans 7 p. 100; les intercostaux 1,35 p. 100 et les côtes 2,8 p. 100. Enfin, relativement à la durée, les chiffres suivants indiquent les étapes successives du néoplasme; tandis que la peau est atteinte au quatorzième mois, son ulcération arrive au vingtième, l'adhérence à la poitrine au vingt-deuxième, la propagation au sein du côté opposé au trente-deuxième.

On ne sait rien de précis sur l'époque exacte à laquelle survient l'adénopathie; le transport des jeunes cellules épithéliales se fait sans doute assez longtemps avant l'époque où l'on constate le gonflement ganglionnaire. D'ailleurs, suivant beaucoup d'auteurs, cet engorgement ne serait pas constamment de nature néoplasique et ils appuient leur opinion sur ce fait que certaines opérées ont guéri sans qu'on eût enlevé les tumeurs ganglionnaires. Les ganglions axillaires sont envahis les premiers; il n'est pas rare de voir les glandes sus-claviculaires et cervicales se prendre à leur tour; en général les ganglions forment dans l'aisselle des masses nodulaires, plus ou moins volumineuses, appliquées contre la paroi interne et se continuant sous forme d'une chaîne dans la profondeur. Quelquefois on en trouve plus de cinquante à divers degrés de développement, ce qui a fait dire qu'il n'y avait pas seulement altération des ganglions mais encore production de nouvelles glandes. Sur six cent cinquante-cinq femmes atteintes de carcinome du sein, GROSS relève quatre cent vingt-deux fois l'adénopathie, soit 64,23 p. 100. Sa présence a été constatée dans un cas un mois après l'apparition du néoplasme; en moyenne elle survient du quinzième au seizième mois, c'est-à-dire un peu après l'envahissement de la peau.

A une période avancée de la maladie il n'est pas très rare de constater des

œdèmes persistants du membre supérieur correspondant; ils sont sans doute liés à l'adénopathie. BILLROTH, PHILIPPART (*Acad. de Belgique*, 1878) ont publié de remarquables exemples de cette sorte d'éléphantiasis.

*Quatrième période. Généralisation.* — Dans le cours de la seconde année les symptômes du carcinome ne restent plus locaux; l'état général, jusque-là indifférent en apparence, commence à éprouver les fâcheux effets de la présence du carcinome ulcéré et de l'envahissement ganglionnaire. Les douleurs atroces, lancinantes, laissent peu de repos aux malades, la sécrétion sanieuse épuise insensiblement les forces. C'est principalement la formation de dépôts métastatiques dans les viscères qui amène fatalement la cachexie. L'infection peut se faire par les vaisseaux sanguins ou par les vaisseaux lymphatiques. Quant à la production des métastases, elle n'a été constatée que dans la moitié des cas; dans l'autre il faut faire intervenir une altération de nutrition sur laquelle on n'est pas fixé. D'après les statistiques partielles de WINIWARTER, HENRY, OLDEKOP, SPRENGEL, la mort arrive par métastase au trente et unième mois, c'est-à-dire quinze mois après l'apparition de l'adénopathie. Parmi les viscères les plus souvent affectés, citons: le foie, le poumon, les organes digestifs, les vertèbres.

*Symptômes des principales variétés.* — Les symptômes précédents diffèrent un peu pour chaque variété. L'encéphaloïde apparaîtrait à un âge moins avancé, fait qui n'est point admis par GROSS; la tumeur serait susceptible d'acquiescer un volume supérieur; sa consistance est molle, élastique, presque fluctuante; les veines sous-cutanées forment autour du néoplasme un lacis plus accentué. D'après les recherches faites par GROSS, c'est la forme maligne par excellence; sa marche est rapide, la récurrence très prompte, les métastases fréquentes; afin de jeter une note moins lugubre, ajoutons qu'il n'est pas incurable.

Le squirre atrophique a une surface nodulaire, une consistance dure, un petit volume; il n'existe pas de lacis veineux, le mamelon est rétracté, la peau ratatinée. L'ulcération qui arrive plus tard, dans 41 p. 100 des cas observés, a une forme irrégulière; elle est creusée, à bords amincis, repliés sur eux-mêmes. Cet ulcère se cicatrise parfois en certains points, mais il s'agit plutôt d'une apparence que de la réalité. Cette variété spéciale à l'âge mûr a une évolution beaucoup plus lente que les autres; on a observé un intervalle de vingt-cinq ans entre leur apparition et la mort; les squirres tuent lentement sans perdre un seul instant leur caractère destructeur. Aussi ravagent-ils peu à peu tous les organes voisins et à l'autopsie on retrouve le tissu morbide dans les muscles, les ganglions et les viscères. Les variétés désignées sous les noms de squirre en masse, en cuirasse participent des caractères des autres carcinomes; ils sont l'indice d'un processus rapidement envahissant et apparaissent chez des femmes encore jeunes.

*Pronostic.* — Abandonné à lui-même, le carcinome du sein amène fatalement la mort au bout d'un temps variable; la durée moyenne de la survie est de vingt-sept mois; plus l'affection est précoce, plus sa marche est rapide. La grossesse, la lactation n'exercent pas une influence moins fâcheuse sur la marche de la maladie; BILLROTH a vu la mort arriver en six semaines à la suite de

foyers métastatiques chez une femme qui touchait au terme de sa grossesse; les deux seins avaient le volume d'une tête d'enfant.

Plus la peau est envahie rapidement, plus les chances sont défavorables pour la malade; il est de même de l'infection ganglionnaire. Toutes choses égales, les opérations réussissent mieux sur les femmes lorsque l'on ne constate pas d'adénopathie: ainsi sur cent trente-six femmes opérées, Gross trouve que quarante-trois qui n'avaient pas de glandes ont vécu en moyenne un peu plus

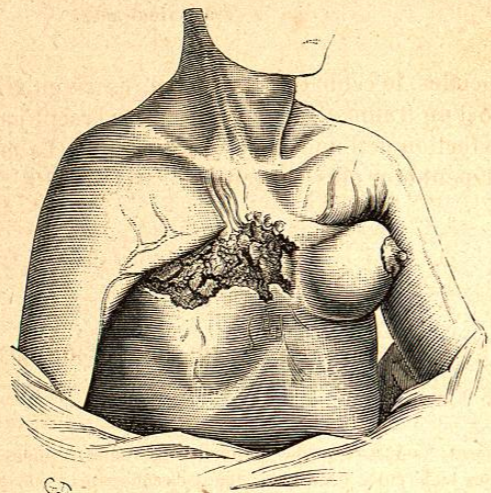


Fig. 227. — Squirre ulcéré des seins.

de cinquante-deux mois et la récurrence locale n'est survenue qu'au bout de huit mois, tandis que quatre-vingt-treize opérations faites dans le cas de carcinomes avec ganglions axillaires ne donnent qu'une survie de trente-neuf mois et une récurrence locale au bout de un mois neuf jours.

Si la terminaison de l'affection est fatale, le traitement chirurgical tend à améliorer un peu le pronostic; en effet les opérées vivent en moyenne trente-neuf mois au lieu de vingt-sept, et dans 9,05 p. 100 la guérison définitive a été obtenue. Les statistiques montrent aussi que plus on s'éloigne du moment de l'opération, plus on a de chances de ne pas avoir de récurrence; 16,17 suivant Gross et 12,16 p. 100 seulement, d'après KÜSTER, meurent des suites de l'opération.

C. — DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE LA MAMELLE

La mamelle malade doit toujours être examinée par comparaison avec celle du côté sain; de plus il faut palper la glande d'avant en arrière et non suivant un de ses diamètres pour éviter les erreurs. Ce qu'il importe avant tout au chirurgien, c'est de déterminer la nature carcinomateuse de la maladie, c'est-à-dire sa malignité. Afin de mieux faire ressortir les caractères différentiels nous opposerons les uns aux autres les symptômes des deux grandes classes.

## TUMEURS MALIGNES

## TUMEURS BÉNIGNES

## 1° Caractères étiologiques.

Le carcinome est héréditaire dans 11,8 p. 100; il apparaît en moyenne à quarante-huit ans, jamais avant vingt ans.	Non héréditaires, elles apparaissent en moyenne à trente-trois ans; 15,15 p. 100 se développent avant vingt ans.
--	--

Les conditions sociales, le célibat, la grossesse, les irrégularités de la menstruation, l'existence d'un traumatisme antérieur n'exercent pas une influence marquée sur la production de l'une ou de l'autre variété. La mammite puerpérale prédisposerait peut-être plus souvent au carcinome (8, 21 p. 100 au lieu de 1, 44).

## 2° Symptômes objectifs.

Le siège des tumeurs ne paraît pas être un signe d'une grande valeur; en effet les données des auteurs sont contradictoires.

Tumeurs dures, irrégulières, nodulaires, tubéreuses, souvent discoïdes, adhérentes aux tissus voisins; elles sont fermes, peu élastiques, rarement kystiques et fluctuantes; le sein est parfois diminué de volume. — Évolution continue et lente; tendance à l'atrophie et à l'envahissement des tissus. Mobiles au début, ces tumeurs deviennent fixes plus tard; le sein n'est pas déplacé mais envahi peu à peu.

La peau est de bonne heure adhérente au néoplasme; plus tard elle se plisse, se rétracte, se déprime, présente des noyaux indurés, une coloration brunâtre, une surface rugueuse; il est impossible de la déplacer et de la plisser à la surface du carcinome. Parfois elle est envahie sur un large espace; varicosités lymphatiques.

Le mamelon rétracté dans plus de la moitié des cas est quelquefois infiltré par la néoplasie; un léger écoulement sanguin par le mamelon indique une tumeur épithéliale.

L'ulcération se produit relativement de bonne heure, ses bords renversés, indurés, reposent sur une base ferme; elle résulte de l'infiltration de la peau par la néoplasie, ne devient pas fongueuse, les veines superficielles forment rarement un réseau bien apparent. L'adhérence de la tumeur au thorax n'est pas rare.

Tumeurs arrondies, ovoïdes, lobées, bosselées, bien circonscrites, souvent élastiques; consistance inégale, mollesse et fluctuation suivant les points; elles se développent par poussées, acquièrent un volume considérable; leur marche est relativement rapide; elles roulent sous les doigts, semblent indépendantes de la glande qui est déplacée, refoulée, rarement envahie.

La peau distendue, amincie, ne contracte pas d'adhérences avec le néoplasme; il est presque toujours possible de la plisser et l'on n'y constate pas de noyaux secondaires.

Le mamelon déplacé, effacé, étalé ou pigmenté conserve sa mobilité sans être rétracté. L'écoulement muqueux par le mamelon considéré longtemps comme un bon signe diagnostique n'a pas la valeur que A. RICHARD lui attribuait.

L'ulcération survient à une période avancée de la maladie par suite de la distension excessive des téguments; elle est indépendante de la tumeur et livre passage à un champignon fongueux, pédiculé; le lacis veineux superficiel existe dans 16,43 p. 100 cas.

L'extension au sein opposé n'arrive que dans les cas graves et par infection, après l'envahissement de la peau et des ganglions.

D'après GROSS l'adénopathie axillaire existe dans les deux tiers des cas au moment où l'on observe la malade. Ganglions sus-claviculaires souvent pris.

L'adhérence au thorax fait le plus souvent défaut.

Lorsqu'il existe une affection similaire dans l'autre sein, circonstance un peu moins rare que pour le carcinome, elle ne résulte pas de l'infection cutanée et il n'y a pas d'adénopathie.

L'adénopathie axillaire est exceptionnelle (2,98 p. 100). Ganglions sus-claviculaires sains.

L'état général ne présente rien de particulier au début; plus tard on peut tirer de la déchéance rapide de la santé de précieux indices en faveur d'une tumeur maligne; en effet la durée de la survie, qui n'est que de vingt-sept mois chez les carcinomateuses non opérées, de quarante chez les opérées, va jusqu'à soixante-douze mois dans le cas de tumeurs non cancéreuses abandonnées à elles-mêmes.

Ces notions sommaires jointes aux descriptions de chaque variété, permettront, dans la majorité des cas, de poser le diagnostic. Reste maintenant à différencier les diverses tumeurs bénignes; dans ce but on les divise en deux groupes selon qu'elles sont solides ou liquides. La ponction est absolument le meilleur moyen de les discerner. Les tumeurs solides pures se reconnaîtront aux caractères suivants; ce sont des masses circonscrites, dures, à développement lent qui atteignent bien rarement de grandes dimensions. Jamais on ne constate d'écoulement par le mamelon; exceptionnellement il y a un lacis veineux à leur surface. Les fibromes présentent au plus haut degré ces caractères; il en existe deux types, l'un circonscrit, l'autre diffus. D'après DUPLAY cette dernière variété serait susceptible d'être confondue avec la mastite syphilitique.

La consistance des tumeurs kystiques offre la plus grande variabilité; elles sont remarquables par leur évolution rapide, leur volume, le réseau veineux qui les recouvre, la fluctuation qu'on y perçoit, la nature de l'ulcération; le mamelon est déplacé, déformé. Le meilleur moyen pour s'assurer de la nature d'un kyste est la ponction; s'agit-il d'un kyste simple, tout gonflement disparaît après l'évacuation du liquide; les tumeurs kystiques diminuent seulement de volume. Quelques affections peuvent être confondues avec les kystes mammaires; sans parler de l'épanchement sanguin facile à distinguer en raison de la nature de la cause et de l'écchymose, nous attirerons plus spécialement l'attention sur les abcès chroniques sous-mammaires; seule la ponction permettra de trancher la question. Rappelons que jamais on n'a fait sur le vivant le diagnostic des kystes hydatiques, du galactocèle, etc. Une dureté particulière, l'existence de saillies hémisphériques à la périphérie de l'organe, la sensation de grains de plomb ou d'une mamelle injectée au suif, la coïncidence des mêmes caractères dans l'autre mamelle, sont les seuls signes qui puissent faire soupçonner la maladie kystique de Reclus; ils ne sont pas toujours suffisants et TERRIER l'a confondue avec un fibrome.

Les caractères différentiels des variétés du carcinome ont été exposés plus haut; un coup d'œil jeté sur le tableau suivant emprunté à GROSS nous dispensera d'une nouvelle description.

	SQUIRRE	ENCÉPHALOÏDE	COLLOÏDE.	ATROPHIANT.
Age moyen.....	48 ans.	50 ans.	45 ans.	47 ans.
Consistance.....	dur.	mou. in 66%	mou. in 7.69%	Jamais mou.
Lacis veineux.....	2.08 %	9.09	23.07	0
Mamelon rétracté.....	52	33.33	30.72	100
Écoulement du mamelon.....	9	0	15.38	0
Ganglions pris.....	64.23	59.02	23.07	52.94
Peau adhérente.....	34.54	52.92	23.07	58.82
Nodules dans la peau.....	10.61	5.88	7.69	17.64
Ulcération.....	23.77	18.18	15.38	41.17
Fixation à la poitrine.....	21.58	29.41	15.38	35.29
Nodules dans les pectoraux...	7.06	11.76	15.38	57.14
Envahissement des deux seins.	3.65	9.09	15.38	5.88
Vie moyenne sans opération...	27 <sup>m</sup> .4	8 <sup>m</sup>	144 <sup>m</sup>	82 <sup>m</sup>
— avec — ...	39 <sup>m</sup>	16 <sup>m</sup> .5	?	18 <sup>m</sup>
Récidive locale.....	80.97	81.81	0	100
Dépôts métastatiques.....	50	100	100	100
Guérisons.....	9.05	11.11	18.18	0

## D. — TRAITEMENT

**Indications.** — Parmi les tumeurs du sein, les unes bénignes ont une marche lente, les autres malignes progressent rapidement ou récidivent avec une ténacité extrême soit localement, soit dans les ganglions. Pour ces dernières l'indication formelle est de les détruire ou de les enlever promptement; sur ce point il ne saurait y avoir désaccord parmi les chirurgiens.

Reste donc le premier groupe: si la tumeur n'a aucune tendance à s'accroître, si les symptômes qu'elle détermine sont nuls ou insignifiants il est rationnel de s'abstenir; dès que les progrès existent quoique lents il sera indiqué de pratiquer l'extirpation le plus tôt possible, quelle que soit la nature du néoplasme. Ne voit-on pas en effet des fibromes d'abord bénins se transformer en sarcomes? en outre une opération précoce est toujours moins importante, plus radicale.

Une autre question incidente se présente, celle de l'extirpation partielle ou totale de l'organe; on conçoit qu'il paraisse pénible de sacrifier un sein tout entier, pour une tumeur en apparence circonscrite, localisée, mobile, et ce serait la seule raison qui puisse autoriser une ablation partielle, mais toutes les fois que le chirurgien a le moindre doute sur la nature du néoplasme, l'ablation totale s'impose.

**Contre-indications.** — On ne doit pas opérer pendant la grossesse: cependant POLAILLON a extirpé un sein avec succès au quatrième mois. L'intervention n'a plus sa raison d'être lorsqu'il s'agit de carcinomes largement étendus à la peau de la poitrine ou encore lorsque la généralisation viscérale ou la cachexie ne sont pas douteuses. Enfin il est sage de respecter le squirre chez les vieillards lorsqu'il a une marche très lente.

**Traitement.** — Nous ne ferons que mentionner le traitement général dont