

DE LA MAMELLE

ANATOMIE CLINIQUE. — EXPLORATION

La région mammaire qui, chez l'homme, présente aussi peu d'intérêt pour l'anatomiste que pour le clinicien, est entièrement recouverte chez la femme, par la mamelle dont les affections nombreuses constituent un des chapitres les plus importants du diagnostic chirurgical.

La mamelle est, comme on le sait, appliquée sur le muscle grand pectoral et présente des formes et un volume variables sur lesquels il est inutile d'insister. Ce qu'il faut savoir, c'est que les deux seins sont réguliers et présentent un aspect semblable; si on constate donc un changement quelconque dans la forme et le volume de l'un d'eux, l'attention du clinicien devra être mise en éveil.

La mamelle est recouverte par la *peau*, peut-être un peu plus fine dans cette région et qui prend des caractères particuliers, au niveau du mamelon, que nous étudierons plus loin. Cette peau est doublée d'une *couche grasseuse sous-cutanée* dont l'épaisseur est très variable, et qui contribue à donner à la mamelle la forme qui lui est propre, en pénétrant dans l'épaisseur de la région et en envoyant des prolongements entre chaque lobe de la glande.

La peau, à l'état normal, est mobile sur la glande et peut être plissée entre le pouce et l'index. Dans certaines tumeurs de la mamelle elle devient adhérente et quand on veut, en la pinçant entre les doigts, y déterminer un pli, on voit se former de petites dépressions, une sorte de capiton dans les creux duquel on distingue un point plus ou moins noir. La peau ressemble alors à celle d'une orange, d'où le nom de *peau d'orange* qui lui a été donnée.

ANATOMIE CLINIQUE. — EXPLORATION

337

Dans d'autres cas, quand l'adhérence est plus profonde on voit la peau se déprimer lorsqu'on essaie de la faire saillir au dehors; on constate ainsi ce qu'on appelle une adhérence par bride.

Une pression faite avec la pulpe du doigt ne détermine, à l'état normal, aucun changement dans l'état de la peau. Quand il y a de l'œdème, l'empreinte y reste marquée. Cet œdème devra être recherché et la coloration des parties, rouge dans le premier cas, blanche dans le second, montrera si on a affaire à un œdème inflammatoire ou à un œdème lymphatique.

Au centre de la mamelle se trouve l'*auréole* ou *aréole* (on dit les deux) au milieu de laquelle s'élève le mamelon. L'auréole est rosée chez les femmes qui n'ont point eu d'enfant et devient souvent brune après la première grossesse. Elle est parsemée de petits grains glanduleux, au nombre de quinze à vingt, faisant saillie à sa surface et qui acquièrent un volume considérable au moment de la gestation.

Le mamelon est aplati et fait peu de saillie à l'état ordinaire; les fibres musculaires lisses qu'il contient le font s'ériger sous l'influence de la moindre excitation.

Dans certaines tumeurs de la mamelle, le mamelon au lieu de faire saillie, s'enfonce dans la profondeur de la glande, tantôt en masse, tantôt par l'un de ses côtés, c'est ce qu'on appelle la *rétraction du mamelon*, signe presque certain du cancer du sein, mais pas pathognomonique, car on peut rencontrer cette rétraction du mamelon dans certaines inflammations chroniques de la glande.

Le mamelon est relié à la glande par les canaux galactophores, et il sera quelquefois utile d'opérer sur lui des tractions et de constater si elles déterminent un petit mouvement dans une tumeur qui aura été reconnue. On pourra ainsi s'assurer si elle est née aux dépens du tissu glandulaire.

Il faut bien distinguer, d'ailleurs, la *rétraction vraie* du mamelon, de sa *rétraction apparente* qui s'observe dans les cas de tumeurs volumineuses, et qui n'est qu'un effet de contraste; le développement de la glande tout autour du mamelon fait paraître celui-ci enfoncé, rétracté. Mais en

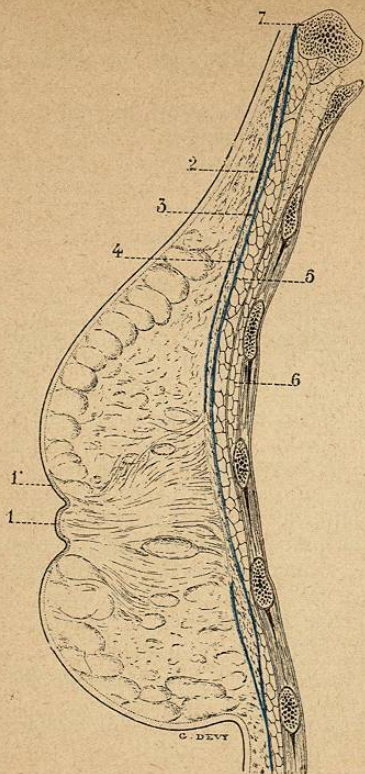


Fig. 15. — Coupe d'un sein présentant la rétraction du mamelon dans le cancer.

1, mamelon rétracté. — 1', aréole. — 2, ligament suspenseur de la mamelle. — 3, aponévrose du grand pectoral. — 4, espace cellulaire compris entre les 2 feuilletts aponévrotiques (*espace de Chassaignac*). — 5, muscle grand pectoral. — 6, petit pectoral. — 7, clavicule.

déprimant la peau et les tissus sous-jacents, au pourtour du

mamelon, on fait saillir aisément celui-ci ; tandis que, dans le cas de rétraction vraie, on ne parvient pas à modifier son apparence et on peut s'assurer qu'il est réellement attiré vers les parties profondes et fixé par de solides adhérences.

De légères pressions devront être pratiquées sur le mamelon afin de voir si elles ne donnent pas lieu à un *écoulement* dont la nature devra être notée (laiteux, séreux ou séro-sanguin).

La glande mammaire se compose de plusieurs lobes qui ne pourront être explorés que par le toucher.

Cette *palpation de la glande mammaire* a une grande importance. Si on saisit en effet la mamelle en la prenant à pleine main dans le sens transversal, on sent parfaitement les différents lobes de la glande, qui font saillie sous les doigts et dont on peut apprécier la consistance. Cette consistance est quelquefois inégale à ce point qu'un lobe qui paraît un peu plus dur que les autres peut faire croire à un néoplasme. On évitera l'erreur en palpant la mamelle de la façon suivante. On fera coucher la malade et on pratiquera sur les différents points du sein des pressions ayant pour but de l'appliquer sur le grand pectoral. Les pressions faites dans ce sens ont la propriété de faire disparaître toute sensation de consistance donnée par la glande et permettent de reconnaître la dureté particulière des tissus due à la présence d'une tumeur. On devra aussi se méfier du relief possible formé par une côte et qui pourrait faire croire à la présence d'un néoplasme.

Si une tumeur a été reconnue par les manœuvres que nous venons d'indiquer, on mettra tous ses soins à en apprécier le volume et les limites et on tiendra le plus grand compte de ses rapports avec les tissus qui l'entourent. On notera donc si elle finit nettement et si la consistance de pathologique devient brusquement normale ou si, au contraire, elle est difficile à limiter, se confondant insensiblement et sans limites bien précises avec les parties voisines. On recherchera, à l'aide de tractions sur le mamelon, si elle a des connexions avec celui-ci et enfin on s'enquerra de sa mobilité.

La glande mammaire comprise dans un dédoublement de

la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée, est essentiellement mobile et on peut, avec la plus grande facilité, le sein sur le plan profond. Les glissements sur le grand pectoral sont facilités par une couche celluleuse tellement lâche que Chassaing l'a comparée à une bourse séreuse.

Quand un néoplasme envahit la glande mammaire, il prend des adhérences avec la peau (nous avons indiqué plus haut leur nature), avec le plan profond, c'est-à-dire l'aponévrose du grand pectoral et avec le muscle lui-même. Ces adhérences dans le cancer peuvent être telles que la mamelle est immobilisée d'une façon permanente; dans ce cas, le muscle est lui-même envahi et toute la masse néoplasique ainsi formée se fixe sur le plan costal. Quand les adhérences commencent à se former, pour les reconnaître il faut faire contracter le grand pectoral et on s'aperçoit que cette contraction, indifférente pour une glande normale, restreint la mobilité d'un sein envahi par un néoplasme.

On saisira donc la tumeur d'une main et on notera la mobilité dont elle jouit; on ordonnera à la malade de rapprocher le bras du corps et on s'opposera, de la main qui reste libre, à ce rapprochement. Ces manœuvres auront pour but de faire contracter le muscle grand pectoral et d'immobiliser jusqu'à un certain point la mamelle, si elle est envahie par un néoplasme déjà adhérent.

On peut, plus simplement, déterminer la contraction du muscle grand pectoral, en commandant à la malade d'appliquer la paume de la main sur le plan du lit et de s'appuyer sur elle. En ce faisant, elle contracte seule son grand pectoral et le chirurgien a ses deux mains libres pour explorer la tumeur.

Les lésions de la glande mammaire retentissent avec la plus grande facilité sur son réseau lymphatique et il ne faudra jamais omettre d'explorer le trajet des vaisseaux blancs et les ganglions de l'aisselle auxquelles ils aboutissent.

C'est sur le bord du grand pectoral que se trouve le *cordon lymphatique axillaire*. On désigne sous ce nom l'ensemble des vaisseaux lymphatiques qui, groupés en faisceau, se rendent de la mamelle aux ganglions axillaires. Ce cordon apparaît au niveau du prolongement externe de la glande

et contient toujours (Kirmisson) un ou deux ganglions isolés. A l'état normal, la palpation ne permet pas de le sentir; mais quand il est atteint, on sent une masse allongée, indurée, qui suit le bord du grand pectoral et qui aboutit aux *ganglions axillaires*.

Ceux-ci sont sous-aponévrotiques presque impossibles à sentir à l'état normal, mais on les décèle plus ou moins facilement quand ils sont dégénérés.

Pour rechercher les ganglions axillaires, on insinuera la main droite dans l'aisselle gauche de la malade, et on fera l'inverse quand on aura affaire à un néoplasme du sein droit. Quand la main aura pénétré dans l'aisselle, la face palmaire tournée du côté de la paroi thoracique, on dira à la malade de rapprocher un peu du corps, le bras qu'elle aura auparavant écarté, de façon à détendre le creux axillaire. On palpera alors avec soin le sommet de l'aisselle, puis, en procédant de haut en bas, on explorera minutieusement la face interne de la pyramide axillaire, et c'est sur le plan costal qu'on trouvera les ganglions tributaires de la mamelle. On notera leur nombre, leur volume, leurs connexions avec les vaisseaux axillaires et les parties voisines et on pourra se rendre ainsi compte de leur degré d'envahissement.

L'examen des ganglions ne se bornera pas là; il faudra explorer la région sus-claviculaire. On sait que la chaîne ganglionnaire de l'aisselle se continue par les ganglions sus-claviculaires et ceux-ci peuvent être atteints par la généralisation.

Il sera bon d'explorer l'aisselle du côté opposé, d'abord pour avoir un point de comparaison, et ensuite parce qu'il existe des cas dans lesquels un cancer du sein droit, par exemple, détermine une adénopathie de l'aisselle gauche, à cause de la communication des lymphatiques sur la ligne médiane (Rieffel).

Le bras du côté malade sera inspecté. Dans les adénopathies qui arrivent à un gros volume, il y a des compressions de la veine et de l'artère axillaire ainsi que des nerfs de la région. On verra donc s'il n'y a pas de l'œdème des parties molles; on vérifiera la qualité du pouls et on s'enquerra de la nature et de l'intensité des phénomènes douloureux.

La généralisation viscérale est fréquente dans le cancer du sein ; aussi, quand on soupçonnera un néoplasme, faudra-t-il examiner les organes atteints qui sont, par ordre de fréquence, le foie, l'appareil pleuro-pulmonaire, puis, moins souvent, la colonne vertébrale et les os.

DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS ORGANIQUES
DE LA MAMELLE

Les affections organiques de la mamelle sont aiguës ou chroniques.

Les premières ne nous arrêteront pas longtemps ; avec les secondes au contraire nous aborderons une question très intéressante, celle du diagnostic des tumeurs de la mamelle.

Affections aiguës. — Elles se terminent le plus souvent par des suppurations plus ou moins étendues qui présentent les caractères communs de toutes les collections purulentes. Il faudra donc commencer par rechercher la fluctuation et ensuite localiser l'abcès.

Celui-ci peut siéger dans le mamelon ou l'aréole, dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans la glande même ou dans le tissu graisseux rétro-mammaire.

Les abcès du mamelon, de l'aréole, sont faciles à localiser dans cette région. Ils peuvent être lymphangitiques ou tubéreux, c'est-à-dire avoir leur siège dans les glandes sébacées de la région. Les premiers s'observent surtout pendant la lactation, les seconds se rencontrent en dehors de la période d'activité de la glande. L'abcès tubéreux se reconnaît du précédent à ce qu'il est plus circonscrit et plus acuminé. Ce diagnostic a du reste peu d'importance.

Les abcès du tissu cellulaire sous-cutané sont plus difficiles, dans certains cas, à distinguer de l'abcès glandulaire ou mastite. Comme l'un et l'autre se montrent pendant la lactation, on ne peut tirer aucun renseignement de ce fait. Mais on se rappellera que les abcès du tissu cellulaire sont lymphangitiques et ont les caractères propres à ce genre de suppuration : rapidité d'évolution, rougeur caractéristique de la peau mon-

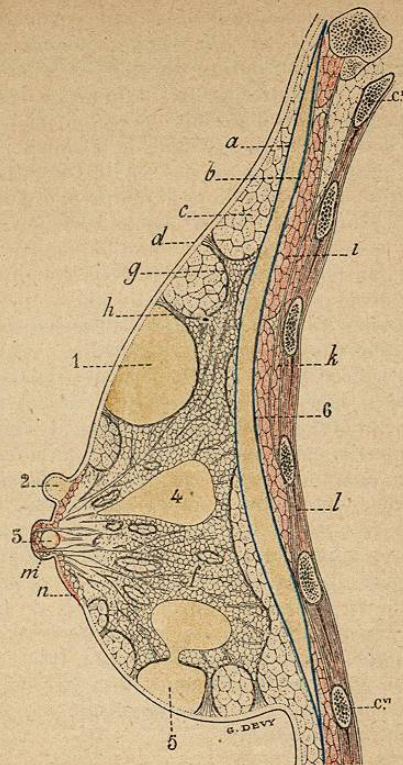


Fig. 16. — Schéma destiné à montrer les différentes variétés d'abcès du sein.

1, abcès du tissu cellulaire. — 2, abcès de l'aréole. — 3, abcès du mamelon. — 4, abcès glandulaire ou mastite suppurée. — 5, abcès en bouton de chemise. — 6, abcès rétro-mammaire développé dans le tissu cellulaire rétro-mammaire ou bourse séreuse de Chassaignac. — a, fascia superficialis (ligament suspenseur de la mamelle). — b, aponévrose du grand pectoral. — c, Tissu cellulaire sous-cutané. — d, peau du sein. — e, conduits galactophores et sinus lactifères. — f, tissu glandulaire. — g, enveloppe fibreuse. — h, cloisons des loges adipeuses. — i, m. grand pectoral. — k, m. petit pectoral. — l, m. intercostaux. — m, mamelon. — n, aréole.

trant la lymphangite soit réticulaire, soit tronculaire et enfin présence de ganglions enflammés dans l'aisselle.

Les abcès dus à une mastite surviennent sur une glande enflammée qui, avant de suppurer, a présenté les caractères suivants : la palpation a permis de reconnaître des bosselures qui ne sont autres que les lobes de la glande enflammée; au début la peau ne participe pas à l'inflammation et reste normale, rarement les ganglions axillaires sont pris et, enfin, on constate l'écoulement du pus par le mamelon, symptôme auquel on donne le nom de signe de Chassaignac.

La plupart du temps les barrières de la glande sont rompues et l'abcès glandulaire devient un abcès du tissu cellulaire donnant lieu à l'*abcès en bouton de chemise ou en bissac*, dans lequel deux vastes cavités purulentes communiquent par un orifice étroit percé dans la paroi de la glande.

Enfin l'*abcès sous-mammaire ou rétro-mammaire*, qui se forme dans la bourse séreuse de Chassaignac, se reconnaît à ce que la mamelle est repoussée en avant par la nappé purulente. A son pourtour existe un *bourrelet œdémateux* à la partie externe et inférieure duquel le pus se fera jour. Pour avoir la sensation de fluctuation, il faut refouler la mamelle d'une main et appliquer l'autre main sur le bourrelet d'œdème; on peut ainsi acquérir la notion de la présence du liquide. L'état du malade est grave; la fièvre est intense.

Il existe encore un *phlegmon diffus de la mamelle* qui envahit à la fois toute la région mammaire. Il se reconnaît d'abord à son caractère de diffusion, à sa marche très rapidement grave et à tous les symptômes que fait éclore une redoutable infection septique.

Affections chroniques. — Ce sont les tumeurs très nombreuses de la mamelle qui seules attireront notre attention et parmi celles-ci, le cancer occupant une très grande place, c'est lui que nous aurons principalement en vue dans cette étude.

DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE LA MAMELLE

Le premier point à établir est d'abord de reconnaître *si la tumeur s'est développée aux dépens de la peau ou si elle a la*

glande pour origine. On arrivera facilement à constater que la tumeur est indépendante de la glande mammaire : à sa situation superficielle, à sa mobilité sur le plan profond, à son adhérence intime avec la peau et à sa séparation de la glande, qu'on peut facilement différencier de la tuméfaction cutanée ou sous-cutanée.

Les tumeurs de la région mammaire indépendantes de la glande sont, du reste, fort rares. Ce sont des kystes sébacés, des angiomes, des molluscums, néoplasies qui présentent au sein les caractères qu'elles ont ailleurs. On a encore signalé des kystes dermoïdes, des névromes, des lipomes et des épithéliomes cutanés; mais ce sont des cas tellement exceptionnels que nous ne les citons que pour mémoire.

On a donc reconnu que la tumeur siège dans la glande, deux cas se présentent : A, la tumeur est ulcérée; B, la tumeur n'est pas ulcérée.

A. LA TUMEUR EST ULCÉRÉE. — Il existe à la mamelle des ulcérations consécutives à des gommages, ou à la tuberculose mammaire; mais elles ne reposent pas comme l'ulcération maligne sur une tumeur proprement dite et, de plus, les autres caractères de l'affection qui les a produites mettent le clinicien sur la voie.

On a, du reste, presque toujours affaire à un *épithéliome*, et on ne pourrait le confondre qu'avec un sarcome de la mamelle. Mais outre les symptômes différents que nous exposerons plus loin, les caractères de l'ulcération ne sont pas les mêmes. Dans l'épithélioma elle est irrégulière, déchiquetée, profonde, adhérente à la peau, avec des bords indurés et renversés en dehors, un fond anfractueux d'où la pression fait sortir des vermiothes, et donne facilement lieu à de petites hémorrhagies. Dans le *sarcome* l'ulcération s'est produite par distension de la peau, qui est amincie et souvent décollée sur les bords, mais non indurée et ne faisant pas corps avec le néoplasme. L'ulcération est plus régulière, souvent arrondie, et son fond, en général bourgeonnant, a quelquefois l'aspect gangreneux. Les hémorrhagies sont rares, mais graves.

B. LA TUMEUR N'EST PAS ULCÉRÉE. — Elle peut être liquide ou solide.

1° La tumeur est liquide ; on y a reconnu le symptôme de la fluctuation. On se trouve en présence de cas rares, non pas que les kystes ne soient pas fréquents à la mamelle, mais ce sont des épiphénomènes, ils ne constituent qu'un accident de la maladie et pas la maladie elle-même. C'est ainsi qu'à un certain moment de leur évolution les sarcomes peuvent présenter des parties fluctuantes ; ce sont en général des kystes hématisés développés dans une tumeur qui a des caractères propres, suffisants pour en faire le diagnostic. On en rencontre, mais plus rarement dans les épithéliomes. Les mammites et les adénofibromes donnent aussi lieu à des formations kystiques ; mais ici la tuméfaction n'est pas en général fluctuante et c'est la ponction qui renseigne le clinicien sur le contenu. Dans ces cas de mammites ou d'adénofibromes avec kystes, d'autres symptômes que nous énumérerons plus loin servent à établir la nature de la maladie.

La seule tumeur liquide du sein, et encore elle ne l'est pas toujours, est le *galactocèle*. Son diagnostic est facile quand la fluctuation est bien nette, que la tumeur s'est développée pendant la lactation et que la pression exercée sur elle donne lieu à un écoulement de lait par le mamelon. Il est bien entendu que ces symptômes se seront toujours manifestés à froid, sans la moindre trace d'inflammation.

Il n'en est pas de même quand le contenu du galactocèle n'est plus liquide, que la tumeur garde l'empreinte du doigt, qu'il n'y a pas d'écoulement par le mamelon, que le début de son évolution est éloigné, que les rapports avec la lactation ne sont plus bien nets. Dans ces cas on pourrait confondre le galactocèle avec une tumeur kystique. On évitera l'erreur, en se rappelant que le galactocèle est relativement rare, en recherchant avec soin l'époque où a débuté le kyste laiteux et en insistant auprès de la malade, pour savoir si elle ne nourrissait pas à ce moment. Enfin on saura que le galactocèle est un kyste, que la poche kystique constitue toute la tumeur, tandis que, comme nous venons de le dire plus haut, dans les néoplasies kystiques, dans les adénofibromes par exemple, la partie liquide repose sur une partie solide, sur une tumeur véritable.

Nous ne mentionnerons que pour mémoire les *kystes*

hydatiques, exceptionnels au sein, et dont le diagnostic ne peut être fait après une ponction que par l'examen du liquide.

Il ne faut pas oublier que certains abcès froids, sous-mammaires, quoique étant en réalité des tumeurs liquides, se présentent parfois avec les apparences cliniques de tumeurs solides, en raison surtout de l'absence de toute fluctuation. La glande repoussée en avant est dure et résistante. En pareil cas, on sera mis sur la voie du diagnostic par la régularité de la tuméfaction, l'égalité de la consistance, l'existence dans le passé ou dans le présent de quelques symptômes inflammatoires. Enfin, dans les cas difficiles, une ponction exploratrice leverait tous les doutes.

2° La tumeur est solide. Ici il est nécessaire d'établir une distinction ; car cette tumeur solide, suivant qu'elle est bénigne ou maligne, présente des caractères différents.

a). *La tumeur est bénigne.*

On peut avoir affaire à un *adénofibrome*, affection commune du sein. Il faut différencier cette tumeur bénigne de celles qui ne le sont pas. Or les caractères de la tumeur bénigne sont très tranchés. C'est une tumeur encapsulée, qui par conséquent a des limites très nettes, qui ne se confond pas avec les tissus environnants, qui est absolument mobile, roule sous le doigt, qui est exempte de toute adhérence soit avec la peau, soit avec le plan profond, qui peut étaler le mamelon, mais ne le rétracte jamais et enfin qui ne donne pas lieu à des retentissements ganglionnaires ; par conséquent, on ne trouve pas d'adénopathie dans le creux axillaire.

Comme on le voit, l'adénofibrome est facile à diagnostiquer au début. Pourtant il est certains noyaux de *mammite chronique* susceptibles de présenter les mêmes caractères. Ils peuvent se montrer gros comme une noisette, une noix et même une petite mandarine, présenter une forme plus ou moins arrondie sinon la même consistance dure, et ne pas avoir encore déterminé d'adhérences. Ces noyaux peuvent être multiples ; et les adénofibromes aussi dans certains cas. On fera le diagnostic entre l'adénofibrome et le noyau de mammite chronique en tenant compte du début de l'affection qui dans

l'inflammation partielle commence le plus souvent pendant la lactation ou à l'occasion d'un traumatisme. On se rendra compte de la marche de la maladie, qui n'est pas uniformément croissante, mais peut dans certains cas osciller. La tuméfaction peut à un certain moment être restée stationnaire, avoir même diminué de volume pour continuer à évoluer dans la suite. On remarquera que dans la mammite la pression du doigt peut être douloureuse, qu'elle est toujours sensible, ce qui n'existe pas dans le fibrome. On trouvera dans un grand nombre de cas des ganglions inflammatoires dans l'aisselle; ganglions qui ne se rencontrent jamais dans l'adénofibrome; enfin en suivant l'évolution de la tumeur, on verra quelquefois la fluctuation se déclarer avec la formation d'un abcès ou des adhérences se faire du côté de la peau.

Il existe bien des fibromes purs, des sarcomes purs de la glande mammaire, qui au début présentent les caractères que nous venons d'indiquer; mais ce sont des exceptions. On sait, du reste, qu'aujourd'hui on tend à faire dériver ces tumeurs l'une de l'autre et que pour certains auteurs l'adénofibrome peut se transformer en sarcome.

b). *La tumeur est maligne.*

On a affaire : soit α) à un *épithélioma*, c'est le cancer vulgaire du sein; soit β) à un *sarcome de la mamelle*, tumeur relativement rare.

α) *L'épithélioma* se reconnaît à des symptômes bien nets. C'est une tumeur mal circonscrite, difficile à définir dans ses limites, ce qui tient à ce que ce néoplasme envoie des *prolongements rameux* dans les différentes parties de la glande. Voilà un premier caractère qui différencie la tumeur maligne de la tumeur bénigne. De plus, le cancer du sein prend rapidement des adhérences à la peau (peau d'orange, voir *Exploration clinique*) ou au plan profond (aponévrose et muscle grand pectoral). Il ne tarde pas à envahir les ganglions de l'aisselle et se manifeste par une adénopathie indolore formée, au début, de ganglions durs plus ou moins volumineux et séparés les uns des autres. Enfin il détermine la rétraction du mamelon (voir *Exploration clinique*). Ces signes sont de la plus haute importance et quand ils sont réunis, on a

presque la certitude de son diagnostic; mais ils ne sont pas pathognomoniques puisque, isolés ou même réunis, on peut les rencontrer dans d'autres affections.

C'est la *mammite chronique* qui, le plus souvent, donne le change, et le diagnostic ici est capital, car de lui dépend ou non l'intervention.

Un noyau de mammite chronique peut se présenter sous la forme d'une tumeur mal limitée, de laquelle il est difficile de dire où elle finit et où elle commence. A un moment de son évolution, elle contracte des adhérences et peut donner lieu au symptôme de la peau d'orange, mais ces adhérences sont plus longues à se produire que dans le cancer. Le mamelon peut être rétracté, mais ce caractère qui est la règle dans le cancer devient l'exception dans la mammite. Les ganglions de l'aisselle sont pris; mais ce sont des ganglions inflammatoires, plus volumineux et plus sensibles que dans le cancer du même âge. La consistance peut être aussi celle du squirrhe; mais plusieurs de ces signes manquent souvent et, de plus, la tumeur est sensible à la pression, donne ou a donné lieu à des douleurs qui n'existent pas dans le cancer du sein; le début de la maladie a coïncidé avec un traumatisme et surtout avec le moment de la lactation. Il faudra donc interroger avec beaucoup de soin les malades; enfin l'évolution est différente; l'épithéliome du sein a une marche toujours envahissante, tandis que la mammite peut avoir des périodes d'arrêt, des oscillations et enfin, à un moment donné, elle peut se terminer par la suppuration.

Comme on le voit, le diagnostic peut être difficile et demande une observation attentive et une étude approfondie de la marche de l'affection.

Nous avons indiqué les caractères généraux de l'*épithélioma du sein* dans sa forme la plus ordinaire appelée *squirrhe*; passons maintenant en revue les différentes variétés qu'il peut présenter.

Le *squirrhe* est dit *atrophique* quand il présente les caractères suivants bien décrits par Velpeau: « Il ratatine les tissus; la tumeur présente du côté de la peau une dépression plus ou moins large qui va en augmentant jusqu'à ce qu'elle s'ulcère ou s'excorie. Les téguments se pointillent

sur d'autres endroits et semblent s'enfoncer dans la tumeur. La mamelle, y compris le squirrhe, perd plutôt de son volume qu'elle ne s'épaissit. » Ajoutons à cela que la marche de cette forme d'épithélioma est très lente.

La variété de *cancer encéphaloïde* ne peut se diagnostiquer au début de l'affection ; mais, arrivé à une certaine période de son évolution, il revêt des caractères particuliers. Il prend rapidement un volume notable, et au lieu de présenter la consistance dure du squirrhe ordinaire il se ramollit, devient mou et même quelquefois kystique, ce qui fait que, par place, la tumeur présente de la fluctuation. L'ulcération se produit vite, et à sa surface on voit apparaître des bourgeons cancéreux, qui saignent facilement et donnent lieu à un écoulement fétide. La marche du cancer encéphaloïde est rapide.

Le *cancer disséminé* est facile à reconnaître. Il se manifeste par l'apparition d'un grand nombre de noyaux cancéreux répandus à la surface de la mamelle. Ces noyaux prennent naissance dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Ce sont de petites nodosités plus ou moins étendues, à contours plus ou moins irréguliers, qui font une légère saillie sur les téguments et qui ont une coloration jaune rosée particulière.

A la palpation, on les reconnaît facilement à leur consistance dure qui tranche sur la souplesse de la peau. Cette variété de cancer est excessivement grave, car la peau se prend rapidement sur une très grande étendue.

Le *squirrhe en cuirasse* est à rapprocher de la forme précédente. Ici la peau est envahie en totalité. Il semble, dit Velpeau, que les téguments « aient été tannés, que ce soit une portion de cuir ferme qui ait pris la place de la peau naturelle ». Bientôt les régions voisines de la mamelle sont envahies à leur tour. La poitrine est enserrée dans une véritable cuirasse qui gêne les mouvements de la respiration et menace la malade d'asphyxie. Des ulcérations se montrent bientôt sur divers points des tissus envahis ; les douleurs sont atroces et on ne peut y remédier par une intervention rendue impossible par la gravité et l'étendue des lésions. L'évolution du squirrhe en cuirasse est extrêmement rapide.

La variété, appelée *mastite carcinomateuse* ou encore *cancer en masse* ou bien *cancer aigu*, comme le désignent les Anglais, est une forme rare de l'épithélioma du sein. Peut-être aussi a-t-elle été souvent confondue avec les mammites.

Les malades se présentent, en effet, à l'examen avec tous les caractères d'une maladie inflammatoire, d'une mammite plus ou moins intense. Aussi les voit-on soumettre à des traitements antiphlogistiques ou révulsifs, qui loin d'améliorer la situation ne font que l'aggraver. Terrillon rapporte un cas où le diagnostic de phlegmon fut fait. Ce phlegmon fut incisé et la récidive fut si rapide qu'on crut encore à un phlegmon.

Quand la maladie est très avancée, la rougeur est livide, la peau tend à s'ulcérer par places et de gros lacis veineux rampent sur la mamelle ; l'affection est alors plus facile à reconnaître.

Pour éviter l'erreur avec la mammite, il faudra savoir que les douleurs n'ont pas le même caractère, qu'elles sont moins lancinantes dans le cancer en masse que dans la mammite ; on devra de plus palper avec soin toute la région, jamais on n'y rencontrera de collection purulente, et enfin une recherche attentive de l'histoire de la maladie prouvera que, quoique rapide, la marche de l'affection est en général plus lente que dans une lésion purement inflammatoire. Si on a quelque doute, on pourra prescrire une compression bien faite de la mamelle et revoir la malade au bout de quinze jours : après ce laps de temps, ou l'empâtement aura diminué, la palpation plus facile permettra de reconnaître nettement un néoplasme, ou, comme cela arrive quelquefois, loin de s'améliorer, la lésion n'aura fait qu'augmenter d'importance et de gravité ; dans ce dernier cas, le doute ne sera plus permis.

La mastite carcinomateuse est en général décrite chez les femmes qui allaitent et on insiste sur la bilatéralité de la lésion. Il est loin d'en être toujours ainsi, et il existe plusieurs observations de cancer en masse développé sur une glande mammaire non en activité et d'un seul côté. La marche de cette forme d'épithélioma est excessivement

rapide. La mort est survenue au bout de six semaines, trois et six mois dans nos observations. La généralisation se fait très promptement.

L'*épithélioma kystique* est une forme du cancer du sein dont les symptômes ne sont pas bien précis et dont le diagnostic est des plus difficiles. Cette variété anatomique présente, en effet, les mêmes caractères que la maladie à laquelle Reclus a donné le nom de *maladie kystique* et que certaines formes de mammite chronique. Voici comment se présente une malade atteinte de cette affection : elle a reconnu dans l'un de ses seins une tumeur grosse comme une petite noix ou un œuf, et, à la palpation, on constate en effet une tuméfaction arrondie et très dure, au niveau de laquelle il est impossible de sentir la moindre fluctuation. A côté de cette tumeur principale il peut en exister d'autres plus petites et on trouve toujours « de petites nodosités qui rappellent les lobules mammaires injectés de matières solides... comme si la mamelle était criblée de grains de plomb » (Reclus.)

L'examen du sein opposé fait reconnaître le même granulé, mais pas de tumeur. On palpe l'aisselle et, dans certains cas, on peut rencontrer des ganglions plus ou moins engorgés. Pas d'adhérences, pas ou peu de douleur.

Devant l'ensemble de ces symptômes on peut penser soit à l'*adénofibrome*, soit à la *mammite chronique*, soit à l'*épithélioma dendritique* ou *kystique*.

Une ponction qu'il faudra toujours pratiquer, en cas de doute, permettra d'éliminer les productions fibromateuses. Lorsqu'on a affaire à un kyste, son évacuation fait complètement disparaître la tumeur, ce qui n'arrive pas dans le cas d'un adéno-fibrome même kystique.

Comment maintenant distinguer la mammite chronique de l'*épithélioma dendritique* ou *kystique* ? Ce diagnostic a la plus grande importance puisqu'il doit déterminer l'intervention et il est, quelquefois, presque impossible.

Pourtant on aura de fortes présomptions en faveur de l'*épithélioma*, lorsque la tumeur sera unilatérale et que le sein du côté opposé sera intact, lorsqu'il y aura des ganglions dans l'aisselle, lorsque la glande ne sera pas nette-

ment envahie dans sa totalité, comme le fait remarquer Delbet qui insiste avec raison sur le caractère de l'écoulement par le mamelon. Kirmisson a en effet fait remarquer à la société de chirurgie que « dans la tumeur kystique l'écoulement n'est jamais de sang pur ; mais seulement d'un liquide plus ou moins teinté ». Si donc on découvre un petit flux sanguin par le mamelon, on aura un signe sérieux en faveur de la tumeur maligne.

Quand devra-t-on faire, après ce que nous venons de dire, le diagnostic de *maladie kystique* ? dans les cas de mammite chronique à forme particulière se manifestant par les signes indiqués par Reclus : pas de tumeur au sens propre, mais une nodosité kystique plus grosse que les autres ; autour de celle-ci le semis granuleux que nous avons décrit plus haut et enfin bilatéralité des lésions.

β). Le *sarcome* de la mamelle au début de son évolution ne peut être distingué de l'*adénofibrome* ; il présente donc les caractères d'une tumeur bénigne. Ce n'est que lorsque sa marche devient rapide et envahissante qu'il prend une physionomie particulière et qu'il doit être considéré comme une tumeur maligne, puisqu'il se généralise et qu'il récidive.

Il ne peut être confondu qu'avec le squirrhe vulgaire du sein, mais il en diffère par bien des points.

Le sarcome forme une tumeur volumineuse (jusqu'à 7 kilogrammes) inégale et présentant de grosses bosselures à sa surface. Il fait saillie au-devant de la région mammaire et a quelquefois une forme presque pédiculée.

La peau ne donne pas le symptôme de la peau d'orange et ne devient adhérente qu'à la période voisine de l'ulcération. Elle est sillonnée d'un lacis de grosses veines. Le mamelon peut être étalé ; mais n'est pas rétracté comme dans le squirrhe.

La consistance du sarcome est plus molle que celle de l'*épithéliome* et on y rencontre, dans certains cas, des kystes. La tumeur est mobile et glisse sur les parties profondes ; elle donne rarement lieu à une adénopathie axillaire. Enfin le sarcome est indolent et a peu de retentissement sur l'état général.

Ce sont là des signes assez tranchés pour qu'il n'y ait pas à insister davantage.

On sait que le sarcome peut subir des transformations qui donnent lieu à des tumeurs complexes telles que le *fibrosarcome*, le *myxosarcome*. Ces modalités ne peuvent être que soupçonnées en clinique.

ABDOMEN

ANATOMIE CLINIQUE. — EXPLORATION

Les maladies des organes abdominaux étaient, autrefois, presque toutes du ressort de la médecine ; mais à l'heure actuelle le chirurgien est très souvent appelé à intervenir et il doit connaître la séméiologie de la cavité abdominale.

On a divisé l'abdomen en plusieurs régions par des lignes fictives qui délimitent des parties différemment nommées. Ce sont, sur la ligne médiane, l'épigastre, l'ombilic et l'hypogastre ; et sur les parties latérales, les hypocondres et les flancs (voir fig. 17).

Ces régions répondent plus ou moins aux organes contenus dans l'abdomen et sont surtout intéressantes par les appellations qu'elles ont reçues et qui sont d'un langage courant.

Avant de faire l'exploration de chaque organe abdominal en particulier, il est nécessaire d'*inspecter l'abdomen dans son ensemble*.

On notera avec soin les changements survenus dans *son volume* qui, dans les affections chirurgicales, est souvent considérablement augmenté.

On examinera *sa forme*. Il peut être dilaté régulièrement ou irrégulièrement une saillie se montrant plus évidente sur un point que sur un autre. La masse qu'il représente peut avoir une forme ovoïde, bombant en avant comme dans certains kystes de l'ovaire, ou au contraire être étalée donnant lieu à ce qu'on appelle le ventre de grenouille ou de crapaud. On fera changer de situation au malade et on verra, dans certains cas où l'abdomen renferme du liquide, celui-ci obéir aux lois de la pesanteur c'est-à-dire exagérer la saillie