

Bientôt les globes mammaires s'abaissent par degrés et par leur poids déterminent de la gêne respiratoire. On a noté aussi de l'enrouement et Fingerhuth rapporte que, dans un cas, « la raucité de la voix revenait aux époques menstruelles, bien que les règles eussent cessé de paraître ». La menstruation est presque toujours troublée, ainsi que nous avons eu soin de l'indiquer, mais l'état général reste assez satisfaisant dans les débuts.

Puis, après un laps de temps plus ou moins long, mais qui dépasse rarement quelques mois, les mamelles s'accroissent et s'abaissent au point « de descendre jusque sur le devant des cuisses, de pendre en besace ou sous forme de poire, de ne plus tenir à la poitrine que par une sorte de pédicule » (Velpeau).

L'affection est entrée alors dans la deuxième période de son évolution. Les seins ont un volume très variable; ils peuvent atteindre des dimensions considérables. On en a vu dont la circonférence dépassait un mètre et dont la masse équivalait au poids du reste du corps.

Les auteurs les ont décrits sous le nom de *mamelles pendantes*, *grosses mamelles*, *mamelles éléphantiasiques*.

« Quand on regarde la malade par derrière, dit Labarraque, ces deux énormes seins se voient sur les deux côtés du corps qu'ils débordent, et parfois, ils sont creusés, à leur partie externe, d'une rainure dans laquelle vient se loger le bras (1). »

L'aréole est élargie et le mamelon effacé. La peau est fortement distendue, ses pores sont espacés, presque béants. Elle est quelquefois dure et rappelle l'aspect de la peau d'orange, dans ses parties déclives où glisse insensiblement la glande. La région du pédicule, dépourvue de parenchyme glandulaire, se ride et se flétrit.

Il y a souvent un développement exagéré du système veineux sous-cutané. Dubar (2), dans un cas, a rencontré, vers la partie supérieure de la tumeur, trois groupes de veines; celles-ci aboutissaient, au niveau du pédicule, à trois troncs du volume du petit doigt et s'anastomosaient avec les veines jugulaires antérieure et externe.

Au palper, on délimite assez facilement les lobes mammaires; plusieurs atteignent et dépassent même le volume du poing.

En se développant, la glande n'est plus uniformément ferme et résistante, comme au début; sa consistance devient inégale et, à côté de noyaux fibreux, on trouve des points si ramollis qu'ils donnent une sensation de tremblement et même de fausse fluctuation. Chez une femme de vingt-neuf ans, dont l'observation est rapportée par Sacaza (3), la mamelle gauche présentait une fluctuation si marquée que le sein semblait être un sac rempli d'eau.

(1) ED. LABARRAQUE, Hypertrophie générale de la glande mammaire. Paris, 1875.

(2) DUBAR, *Bull. méd. du Nord*, 1892.

(3) SACAZA, Des tumeurs du sein au point de vue du diagnostic différentiel et du traitement, thèse de Paris, 1867.

Ordinairement, le développement des seins ne s'accompagne pas de troubles graves. On a noté cependant, à cette période, des douleurs brusques, lancinantes, des sensations de brûlures et de pincement. Ces sensations étaient si vivement perçues par la malade de Skuhersky, qu'« elle suppliait qu'on lui coupât les seins ». Il y a cependant des cas où la sensibilité est émoussée. Une malade de Delfis (1), dont la mamelle avait été ponctionnée profondément au bistouri, déclara n'avoir presque pas ressenti cette opération.

Les patientes sont surtout incommodées par le poids de leurs énormes tumeurs. Elles marchent très difficilement et sont obligées d'avoir recours à des bandages appropriés.

Une femme, observée par Grahs, devint peu à peu cyphotique. La position assise ou le décubitus horizontal sont souvent nécessaires pour permettre à ces malheureuses d'appuyer leurs seins sur leurs genoux ou sur des coussins. La vie devient une véritable torture. Les désordres de la voix et de la respiration ne font que s'accroître: « La femme est étouffée sous le poids de ses mamelles ». Bientôt l'appétit diminue, l'amaigrissement survient, s'accompagnant de diarrhée. L'état général s'altère de plus en plus, et il n'est pas rare d'observer des érythèmes, des poussées érysipélateuses, des abcès, des fistules, etc.

Lente ou rapide, l'hypertrophie mammaire a toujours une marche progressive. Elle peut rester stationnaire, diminuer même par la compression ou toute autre cause, mais il est exceptionnel que les seins recouvrent leur volume normal. Sur vingt-sept cas d'hypertrophie de la puberté notés par Pierre Delbet, un seul s'est terminé par la guérison: c'est celui de Benoît et Monteils (de Montpellier). L'hypertrophie avait débuté à quatorze ans et demi et les seins, à seize ans, mesuraient 94 centimètres et 1^m,05. La malade se maria à vingt-quatre ans; le volume des mamelles, qui était demeuré stationnaire, diminua progressivement et, après trois grossesses successives, redevint à peu près normal. Nous n'avons pas trouvé d'autre exemple de guérison. Il est difficile de dire si cette terminaison est rare, car « il est bien probable que beaucoup de faits de ce genre sont passés inaperçus ». La durée de la maladie est en effet très variable; tantôt elle se prolonge longtemps, tantôt elle se termine après quelques mois. « Lorsque, dit Duplay, la période de rétraction survient, elle peut diminuer ces dangers. Dans d'autres cas, la charpente conjonctive se surcharge de tissu adipeux et à l'adéno-fibrome succède un état lipomateux de l'organe (Labbé et Coÿne).

D'après Labarraque, le moment où l'affection entre dans la deuxième période est l'indice d'une aggravation rapide du mal et d'un acheminement vers la mort.

(1) DELFIS, *Journ. de physiol. experim. et pathol. de Magendie*, t. V. Paris, 1825.

Le pronostic est grave par l'infirmité dont elle s'accompagne et par la menace d'une terminaison fatale. Celle-ci est le fait de la cachexie, d'une maladie intercurrente ou encore d'une complication inflammatoire. Huston a également noté la gangrène d'un sein hypertrophié à la suite d'un choc violent.

La grossesse imprime une allure particulière à l'affection. Lorsque l'hypertrophie débute avec la gestation, « sa première période semble ne pas exister; par le fait, on la retrouve, quand on la recherche, mais elle a passé inaperçue ». Sa marche est rapide, mais les seins diminuent après l'accouchement, sans revenir à leur volume primitif. C'est là son caractère spécial. Labarraque a rapporté plusieurs observations fort intéressantes de cette variété (1), elles sont dues à Van Swieten (2), à Jördens (3), à Iverg (4), etc. La malade de Skuhersky eut trois grossesses et, chaque fois, les seins prirent un accroissement considérable; la mort arriva par épuisement.

Quelle est l'influence de l'hypertrophie sur le développement du fœtus?

« Le fœtus peut succomber dans la cavité utérine. Le plus souvent il y a accouchement prématuré. Enfin, la grossesse peut aller à terme, mais les enfants sont alors petits et chétifs. » (Tarnier et Budin.) On trouve, dans la thèse de Romec, l'observation suivante : Une femme, atteinte d'hypertrophie mammaire pendant sa première grossesse, avait mis au monde un enfant dans des conditions très favorables. Son second enfant naquit vivant cinq semaines avant terme; il mourut de faiblesse presque aussitôt. A ses troisièmes couches, elle éprouva un frisson le matin, neuf jours avant l'accouchement et donna naissance à un enfant mort depuis huit semaines.

Il y a des exemples d'accouchées atteintes d'hypertrophie des mamelles chez qui la montée du lait s'est faite normalement. D'ordinaire, le volume exagéré des seins et l'effacement du mamelon rendent l'allaitement impossible. Malgré son infirmité, la malade de Monod a nourri pendant un an.

Le pronostic est encore plus grave pour l'enfant que pour la mère.

Tumeurs adéno-conjonctives circonscrites. — Nous étudierons d'abord les caractères et l'évolution anatomique des trois variétés de tumeurs conjonctives circonscrites : *adéno-fibrome*, *adéno-sarcome*, *adéno-myxome*, puis nous en tracerons l'histoire clinique.

Anatomie pathologique. — a. ADÉNO-FIBROMES. — Ces tumeurs sont ordinairement uniques, plus rarement multiples. Leur volume,

(1) ED. LABARRAQUE, *Loc. cit.*

(2) VAN SWIETEN, *Commentaria in H. Boerhaave aphorism. de cognoscend. et curand. morbis*, t. IV, de morbis virginum. Lugdun. Batav., 1764.

(3) JÖRDENS, *Hufeland's Journ. der prakt. Heilkunde*. Berlin, 1801, Bd XII.

(4) IVERG, *Id.*, Bd XIII.

très variable, dépasse rarement les dimensions d'une orange. On en a vu cependant qui atteignaient la grosseur d'une tête d'enfant nouveau-né. Nous avons observé et opéré avec B. Sengensse (de Bordeaux) (1) un volumineux adéno-fibrome circonscrit de la mamelle droite (Voy. fig. 18). La circonférence de la tumeur avait 65 centimètres; une ligne, menée directement du pédicule au mamelon, mesurait 23 centimètres. Son poids, après l'amputation, était de 3 kil. 250.

De forme ovoïde ou arrondie au début, ces tumeurs deviennent mamelonnées et lobulées. On les rencontre de préférence à la périphérie de la glande dont elles tendent à se séparer et à s'isoler.

Elles deviennent indépendantes du parenchyme glandulaire, auquel les relie un pédicule de plus en plus allongé.

Les adéno-fibromes sont entourés d'une enveloppe qui n'est qu'une dépendance de la masse fibreuse principale; ce sont des tumeurs encapsulées et

c'est là « la signature de leur bénignité ». Cette capsule, qui acquiert son maximum d'épaisseur dans l'intervalle de séparation des lobes du néoplasme, est parcourue parfois de grosses veines contenues dans son dédoublement. Dans un cas observé par Notta (de Lisieux), ces vaisseaux atteignaient le volume d'une plume de corbeau.

Le tissu de ces tumeurs offre des différences de couleur et de consistance en rapport avec la durée de son évolution. Blanc et rosé, brillant et humide lorsque le néoplasme est jeune, il devient au contraire dur et sec et ne se laisse pas entamer par l'ongle, lorsqu'il est plus ancien; dans ce cas, il peut même revêtir absolument une apparence aponévrotique (Coÿne).

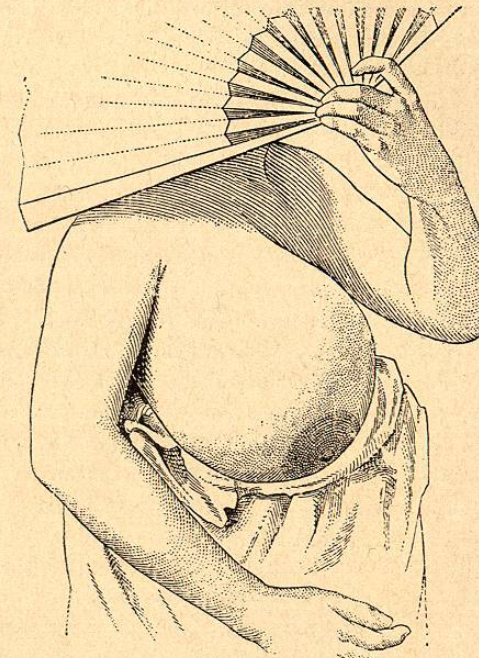


Fig. 18. — Adéno-fibrome du sein. (D'après une photographie.)

(1) B. SENGENSSE, *Ann. de la polycl. de Bordeaux*, sept. 1896.

L'aspect macroscopique des coupes est variable. Au début, on distingue de volumineux faisceaux de tissu conjonctif entre-croisés en tous sens; les conduits excréteurs sont ramifiés et agrandis. Plus tard, on aperçoit de grandes fentes irrégulières, qui ont été décrites par Labbé et Coÿne sous le nom de *lacunes*, et les cavités kystiques aux parois tapissées de végétations papillaires, dont le contenu est plus ou moins abondant. Dans un cas d'adéno-fibrome kystique opéré par Labbé, on constatait que la surface libre de la tumeur était recouverte de bosselures de volume variable; deux d'entre elles l'emportaient sur toutes les autres; elles étaient kystiques et contenaient un liquide séreux, mêlé de produits hématiques. Les autres, moins volumineuses et moins saillantes, étaient fermes à la palpation. Après avoir incisé la capsule fibreuse à leur niveau, on tombait dans une série de cavités variant du volume d'un grain de maïs à celui d'une amande, à parois plus ou moins charnues, remplies de végétations polypiformes à bords dentelés ressemblant à des feuilles de chêne et occupant la totalité de ces cavités. Celles-ci étaient reliées les unes aux autres par une série de pertuis. Cette communication des kystes est signalée dans nombre d'observations. Dans le cas de Notta, il était possible d'introduire le doigt indicateur dans chacun des diverticules et de pénétrer jusque dans la capsule fibreuse.

Kystes et végétations présentent les plus grandes variations de volume et de formes. Réduits parfois à une simple fente irrégulière, ils sont capables d'acquies les dimensions d'une orange ou du poing; ils siègent alors dans les parties antérieures de la glande. D'après Labbé et Coÿne, le plus grand nombre de ces kystes ne renferme pas de collection appréciable quand ils sont peu développés, mais des végétations sessiles ou ramifiées, selon qu'il s'agit de lacunes ou de cavités arrondies.

Le contenu liquide, quand il existe, est muqueux et filant; sa coloration offre de grandes différences. « Très souvent, elle est grisâtre, mais souvent aussi elle est foncée et passe par tous les intermédiaires entre le gris verdâtre et le brun foncé; quelquefois même elle est rouge sombre et entièrement hématique; la proportion d'albumine qu'il renferme est quelquefois assez grande pour qu'il puisse se coaguler en masse. »

Les végétations ont une coloration plus ou moins rosée dans les grandes cavités; dans les petites, au contraire, leur tissu est plus nacré. Implantées sur plusieurs points de la paroi cavitaire, elles sont tantôt presque sessiles, tantôt très ramifiées; le pédicule qui les soutient est, dans ce dernier cas, très grêle et « se subdivise en donnant naissance à un dessin analogue aux nervures d'une feuille ». Leur surface libre est découpée de dépressions anfractueuses.

On rencontre en certains points des parties d'apparence ossiforme, des calcifications, au sujet desquelles nous aurons à revenir.

Au microscope, on constate, sur des coupes faites en différents points du néoplasme, des altérations portant à la fois sur l'élément glandulaire et sur l'élément interstitiel. Les lésions sont des plus variées dans une même tumeur. Dans les points les moins altérés, les lobules sont simplement plus développés que normalement. On note simplement que les éléments glandulaires sont plus nombreux; ils sont en voie de prolifération épithéliale et se trouvent encerclés par un tissu conjonctif périacineux plus dense. Dans les points un peu plus atteints, on voit que les acini sont encore plus volumineux et se dilatent en même temps que le tissu conjonctif qui les entoure devient plus épais. Les culs-de-sac et le canal excréteur du lobule malade offrent l'aspect « d'une longue fente lacunaire avec plusieurs fentes secondaires qui représentent les vestiges des acini latéraux ». Toutefois, l'organisation lobulaire persiste encore; les vaisseaux sont peu développés.

Dans les parties où les lésions sont plus avancées, la lobulation tend à disparaître; c'est là qu'on rencontre les formations kystiques et les végétations.

La paroi de ces kystes, formée de tissu conjonctif en pleine activité, est recouverte du côté de la cavité par un revêtement épithélial.

D'après Labbé et Coÿne, les végétations ont, comme les parois kystiques, une couche unique d'épithélium cubique ou cylindrique. Le développement de leur système vasculaire est sous la dépendance de l'altération fibromateuse. Au début, les vaisseaux sont plus nombreux et plus développés. Plus tard, leur nombre diminue et leur lumière tend à se rétrécir. Quelques végétations subissent une véritable « altération télangiectasique » due à l'état caverneux de leurs vaisseaux; elles deviennent alors rougeâtres et peuvent donner lieu à de véritables hémorragies dans les cavités kystiques.

Quand, par extraordinaire, le fibrome atteint des proportions énormes, on observe des altérations du revêtement cutané, dues uniquement à la compression et n'offrant rien de particulier. Labbé et Coÿne en ont publié une observation des plus remarquables.

b. ADÉNO-SARCOMES. — Le volume de ces tumeurs dépasse ordinairement celui des fibromes et atteint même des dimensions énormes. Nous avons observé dans le service de A. Demons un sarcome récidivé du sein dont le centre, en voie de sphacèle, présentait une large ulcération. Après ablation, la tumeur pesait 6 kil. 250. Il n'y avait pas de ganglions. La malade, qui n'était pas amaigrie, avait un état général excellent. Monod et Jayle ont vu un sarcome plus gros qu'une tête d'adulte; « quand la malade qui le portait était assise, la tumeur pendante semblait reposer sur la cuisse (1) ». Le

(1) MONOD ET JAYLE, Cancer du sein. Biblioth. Charcot-Debove, 1894.

cas de Velpeau est classique ; la circonférence de la mamelle était de 1^m,20 et le poids de 20 kilogrammes.

De forme arrondie, la surface de ces tumeurs est irrégulière et hérissée de grosses lobulations.

Elles se développent de préférence dans les parties postérieures ou externes, plus rarement dans les portions superficielles de la glande, qu'elles tendent à repousser et à aplatir.

A la coupe (fig. 19), les tissus offrent de grandes variétés de couleur et de consistance en rapport avec leur degré d'évolution. Il y a des points d'apparence blanchâtre, de consistance élastique et qui donnent au

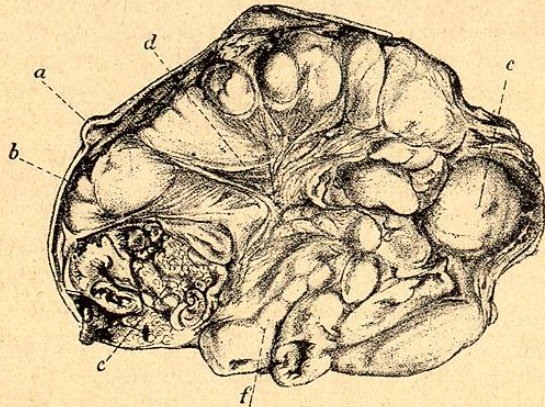


Fig. 19. — Coupe d'un adéno-sarcome kystique. — a, mamelon ; — b, capsule ; — c, masse sarcomateuse périphérique ; — d, partie fibreuse centrale ; — e, kystes et végétations intrakystiques ; — f, restes de la glande (d'après R. Williams).

doigt la sensation d'une masse charnue. En d'autres régions, les tissus sont d'un rouge jaunâtre, d'aspect gélatiniforme ; ils sont plus mous et plus humides. Enfin, il n'est pas rare de trouver, comme dans un cas de Pitres (de Bordeaux), de nombreuses taches variant du rouge vif au brun foncé, restes d'hémorragies interstitielles.

On distingue aussi des fentes anfractueuses et irrégulières dont quelques-unes sont remplies de liquide séro-sanguinolent ou de caillots plus ou moins altérés, et des cavités kystiques dont le nombre, la forme et le volume sont des plus variables. Elles sont tantôt peu nombreuses, — au nombre de une, deux ou trois, — tantôt si multipliées qu'elles donnent à la tumeur un caractère spécial ; on la désigne sous le nom de *sarcomatose polykystique*.

Leur forme est régulière, ovoïde ou sphérique.

Leur volume varie de la grosseur d'un grain de millet à celle d'une noix, d'une orange. Mermet (1) a présenté un sarcome kystique de la mamelle gros comme le poing et contenant un demi-litre

(1) MERMET, *Soc. anat.*, 1895.

d'un liquide brunâtre, poisseux, analogue à celui d'une vieille hématocele vaginale. Comme dans les adéno-fibromes, le contenu est muqueux, d'aspect glaireux et filant. On rencontre également à la surface interne du kyste des végétations qui peuvent contribuer à donner aux sarcomes l'aspect tégangiectasique. Le tissu néoplasique s'infiltré quelquefois de sels calcaires, plus rarement de formations ostéo-cartilagineuses. Nous en reparlerons en étudiant l'évolution anatomique.

A la périphérie, on constate la présence d'une enveloppe fibreuse qui pénètre dans la tumeur et contribue à lui donner une apparence lobulée. Cette membrane persiste dans les premières phases et, plus tard, dans les périodes ultimes, elle se laisse envahir et rompre par le néoplasme qui, ne trouvant plus d'obstacle à sa diffusion, gagne la paroi thoracique, les côtes, la cavité pleurale, la peau, etc.

L'examen microscopique des coupes permet d'étudier les lésions : 1° de l'élément glandulaire ; 2° du tissu fondamental.

Voici une observation de Pitres qui indique bien les altérations épithéliales à leur début : « Dans les plus petites des lacunes, l'épithélium, dit-il, est très reconnaissable ; on en trouve une première couche formée d'un épithélium cylindrique dont le grand axe, perpendiculaire à la couche limitante, est à peine plus long que le diamètre transversal. Il n'existe qu'une seule couche d'épithélium à cellules complètes. Le noyau de ces cellules est gonflé, arrondi et rempli de granulations, ainsi que le protoplasma de la cellule. Mais, au-dessus de cette couche complète, on distingue les débris de cellules épithéliales, qui, pour le plus grand nombre, sont desquamées et forment, dans le centre de la lacune, un magma granuleux, dans lequel on retrouve, par places, un réticulum indiquant la forme des éléments disparus en partie... » Dans les parties plus altérées, l'épithélium subit de grandes modifications ; il forme plusieurs assises de cellules, dont plusieurs subissent la dégénérescence muqueuse.

Le tissu fondamental se présente sous des aspects qui varient avec les états évolutifs du processus sarcomateux. Les cellules qui entrent dans sa composition sont fusiformes (cellules fibro-plastiques de Lebert), rondes (globo-cellulaires), donnant lieu à autant de variétés de sarcomes : sarcome fuso-cellulaire ou fasciculé, sarcome à petites cellules rondes ou sarcome myéloïde, appelé encore, par Ranvier, sarcome encéphaloïde (1). D'après Coÿne, la forme la plus communément observée est le *sarcome à cellules fibro-plastiques*, dans lequel des points plus ou moins étendus ont subi l'altération muqueuse. Ces éléments constituent des bandes plus ou moins larges qui séparent les portions glandulaires. Au milieu de la masse cellulaire se trouvent des vaisseaux dont les parois sont embryonnaires.

(1) On a trouvé aussi des sarcomes à myéloplaxes.

Les adéno-sarcomes du sein n'offrent, en effet, aucune homogénéité de tissus. Il y a des points où les cellules fusiformes prédominent ; il y en a d'autres où la tumeur a subi la dégénérescence colloïde, où les cellules se sont infiltrées de graisse. Les premiers sont fermes et résistants à la pression : les seconds sont ramollis et offrent même l'apparence de kystes : « Ce sont de simples géodes, sans revêtement épithélial, bien différentes des kystes d'origine glandulaire. » On y rencontre assez souvent du sang épanché, tantôt à peu près pur, tantôt plus ou moins modifié. Il n'y a parfois que des reliquats d'hémorragies interstitielles se traduisant par de petites taches allant du rouge vif au brun foncé.

Quant aux végétations, que l'on rencontre comme dans les adéno-fibromes, elles sont formées de cellules sarcomateuses. Celles-ci « sont toutefois soutenues par quelques travées fibreuses qui, issues de la membrane d'enveloppe, pénètrent dans l'intérieur des bourgeons » (Mermet) (1).

c. ADÉNO-MYXOMES. — Les adéno-fibromes et les adéno-sarcomes peuvent subir en partie l'altération muqueuse, mais il est rare d'observer dans le sein des adéno-myxomes purs. Il y en a cependant quelques faits très nets, telles que les deux intéressantes observations de Labbé et Coÿne. Ce sont des tumeurs mamelonnées, de consistance molle, gélatiniforme et tremblotante, dont le volume atteint assez rapidement des proportions énormes. Lorsque l'altération myxomateuse envahit toute la glande, la tumeur prend des proportions considérables, *le myxome est diffus*. N'y a-t-il d'envahis que des segments isolés ? *Le myxome est circonscrit ou lobulaire*, et, dans ce cas, le néoplasme augmente moins rapidement. Mais, s'il est possible de le faire glisser sur les parties environnantes, l'isolement de la glande est moins complet que pour l'adéno-fibrome. Sur une coupe, on voit que les différents lobes, dont le volume est très inégal, sont séparés par des « travées fibroïdes » et parsemés d'espaces lacunaires ou de kystes dont quelques-uns sont végétants. A la coupe, la tumeur est parcourue « par un réseau de vaisseaux sanguins à parois plus ou moins parfaites, souvent entourées de manchons d'éléments cellulaires arrondis, analogues à des noyaux. Dans les mailles de ce réseau vasculaire, il existe de grandes cellules, le plus souvent anastomosées par de nouveaux prolongements, formant ainsi un réticulum dans l'intérieur duquel est contenue une substance grenue présentant les réactions de la matière colloïde ». Comme dans les sarcomes, on rencontre, à côté de cavités kystiques glandulaires, des pseudo-kystes dus à la désagrégation du tissu myxomateux. Certains points de l'adéno-myxome peuvent également présenter un développement vasculaire considérable, un état télangiectasique. Quant

(1) MERMET, *loc. cit.*, et DESGRANGES, Contribution à l'étude des sarcomes kystiques de la mamelle, thèse de Paris, 1895, observat. XVI.

aux rapports du tissu muqueux et des éléments glandulaires déformés et agrandis, on doit signaler, dans les adéno-myxomes purs, la prédominance de la disposition péricanaliculaire sur l'endo-canaliculaire. En se développant, la tumeur arrive à ulcérer la peau, soit par altération muqueuse de ses éléments, soit d'une façon purement mécanique, c'est-à-dire par distension exagérée.

Évolution anatomique des tumeurs adéno-conjonctives. — Dans les points le plus récemment atteints, on constate que la prolifération porte sur les éléments glandulaires et conjonctifs. Si l'on est aujourd'hui d'accord pour reconnaître qu'au sein l'origine des tumeurs conjonctives vraies (fibromes, sarcomes) se trouve dans le tissu interacineux et que l'hyperplasie qui accompagne les tumeurs adéno-conjonctives a pour siège le tissu périacineux, on discute encore sur le point de départ du processus.

D'après Coÿne, le *tissu conjonctif périacineux* prend au début un développement énorme ; « le premier effet de cette hyperplasie est d'écarter les culs-de-sac glandulaires les uns des autres, de les allonger un peu, d'agrandir leur cavité », sans qu'il y ait néoformation d'acini. Pour Pierre Delbet et les partisans de l'origine glandulaire des tumeurs adéno-conjonctives, l'élément qui entre le premier en jeu, c'est l'acinus, comme dans les inflammations chroniques du sein. Il y a d'abord prolifération épithéliale, puis réaction conjonctive périacineuse plus ou moins intense. « Quand le processus est circonscrit, quand un ou plusieurs lobes ou lobules sont seuls pris, le terme de ces modifications est la formation de ces tumeurs bénignes du sein que Velpeau a qualifiées d'adénoïdes (1). » Selon le mode d'évolution du tissu conjonctif, la tumeur devient un adéno-fibrome, un adéno-myxome, un adéno-sarcome. Ces différents processus ne s'observent pas toujours à l'état de pureté et leur mélange produit des types mixtes.

Au début, les coupes d'un *adéno-fibrome* présentent peu de différences avec celles d'une mamelle normale. Les lobules sont nettement délimités, les éléments glandulaires plus nombreux sont en voie de prolifération et se trouvent encerclés par un tissu conjonctif périacineux plus dense.

Il s'agit « d'un adénome avec un léger degré de cirrhose épithéliale » (P. Delbet). Plus tard, les acini deviennent volumineux, se dilatent, en même temps que le tissu conjonctif ambiant s'épaissit. Toutefois, les lobules persistent, mais à mesure que le processus évolue, ils tendent à se désorganiser. Cette destruction de l'architecture lobulaire marque le deuxième degré d'évolution de l'adéno-fibrome. Les lésions portent avec une inégale intensité sur l'élément glandulaire et sur l'élément conjonctif.

(1) P. DELBET, *Voy. t. I de ce Traité*, p. 511.