

dernier cas, l'affection avait évolué avec des symptômes typhoïdes, et la malade était presque hémiplégique lorsqu'elle mourut. A l'autopsie, on trouva des noyaux cancéreux dans chaque aisselle, dans le foie et dans les ovaires. Le cancer avait été foudroyant. Il y a donc lieu de distinguer, au point de vue de la marche, le *cancer subaigu* du *cancer aigu*. Ce dernier s'observe surtout chez les femmes enceintes ou en état de lactation.

A côté de ces formes aiguës, franchement inflammatoires, on rencontre des cancers subaigus caractérisés par l'*envahissement rapide du système lymphatique*. La tumeur primitive est petite, mais la peau, largement prise, est œdémateuse. Très vite les ganglions sont engorgés; ils sont parfois énormes, au point d'amener un gonflement considérable du membre supérieur, alors que la tumeur primitive est infime. Cette dernière est reliée aux glandes de l'aisselle par des traînées de lymphangite cancéreuse.

Ce sont des formes subaiguës, à marche rapide, moins rapide cependant que dans les formes aiguës. Leur pronostic est sévère (1).

b. CANCERS MOUS. — Ce groupe comprend trois formes : le *carcinome encéphaloïde*, le *carcinome colloïde* et le *carcinome myxoïde*.

Le *carcinome encéphaloïde* (2), assez fréquent chez les femmes jeunes, rappelle par sa consistance la substance cérébrale.

Ses débuts n'ont rien de spécial, mais son évolution est rapide. En quelques mois, la tumeur a doublé ou triplé de volume. La peau, adhérente, se confond avec la masse morbide sous-jacente; elle est amincie, de couleur violacée, sillonnée par de petits vaisseaux (S. Duplay).

Bientôt apparaissent, à sa surface, une ou plusieurs bosselures dont la consistance est moins ferme que celle des autres parties. Le néoplasme se ramollit et la palpation y révèle de la fausse fluctuation ou même de la fluctuation lorsqu'il y a formation de kystes. Les ganglions, dont l'envahissement est précoce, forment des masses volumineuses dans l'aisselle, où ils enserrant le faisceau vasculo-nerveux. La peau s'amincit de plus en plus, surtout au niveau des bosselures, devient luisante et finit par s'ulcérer. « Pendant que s'accomplit cette évolution, dont la marche est fréquemment effrayante par sa rapidité, surviennent quelquefois des poussées inflammatoires qui se révèlent par une rougeur et une tension de la peau et un œdème plus ou moins marqué des couches sous-cutanées (Lannelongue) ». Entre les bords épais et irréguliers de l'ulcération,

(1) DUPLAY, Sur une forme particulière de cancer aigu du sein (*Bull. médical*, 12 décembre 1897).

(2) D'après W. R. Williams, le terme encéphaloïde devrait disparaître. Si l'on retranche les cancers tubulaires, les myxomes, les carcinomes myxomatodes et les sarcomes, décrits sous ce nom, « il ne reste plus un seul cas auquel on puisse appliquer ce terme suranné ». Quoi qu'en dise l'auteur anglais, cette expression mérite d'être conservée, car elle répond à une forme clinique bien établie.

font saillie des végétations violacées ou grisâtres. Ces bourgeons fongueux, exubérants, donnent naissance à une suppuration abondante, d'odeur repoussante. Ils saignent au moindre contact. « Mais quelquefois cet écoulement sanguin est beaucoup plus considérable, il survient de véritables hémorragies, qui sont souvent précédées par une sensation de tension, de chaleur dans la tumeur. L'écoulement sanguin diminue les souffrances, mais ce soulagement est de courte durée. Du fond de l'ulcère formé par des masses fongueuses ramollies, on voit se détacher des fragments de tissus frappés de mortification. » (Nélaton.)

La gangrène peut aussi intéresser la mamelle dans sa totalité; mais, s'il survient un commencement de cicatrisation, la repullulation ne tarde pas à se montrer. Loin d'amener la guérison des malades, les sphacèles étendus causent parfois leur mort, en déterminant des accidents septiques. A. Bérard, Quesnay, etc., en ont rapporté des exemples.

C'est, le plus souvent, à la période d'ulcération qu'apparaissent les douleurs. Elles surviennent fréquemment à intervalles réguliers et deviennent bientôt si vives, qu'elles enlèvent tout repos.

Ce qui caractérise cette forme, c'est sa marche d'autant plus rapide que les malades sont plus jeunes. La cachexie est précoce; l'abondance des matières sanieuses produites par l'ulcération et les hémorragies si fréquentes viennent encore hâter le dénoûment fatal.

Le *carcinome colloïde* est, comme nous l'avons déjà dit, une forme rare qui apparaît après cinquante ans, dans la moitié des cas; l'âge moyen de son début, si l'on tient compte de la totalité des observations publiées, est quarante-sept ans. C'est une petite tumeur bosselée, dont le volume excède rarement celui d'un œuf de poule. Encore n'atteint-elle ces dimensions que lorsqu'elle existe déjà depuis dix ou quinze ans. Elle est mobile sur les téguments et sur les plans profonds; c'est là, comme on l'a fait observer, un signe important, puisqu'il est en opposition avec l'adhérence rapide des autres formes de cancer du sein. Lorsque la peau est amincie au-dessus du néoplasme, on constate que les bosselures ont un aspect translucide, autre caractère remarquable. Le mamelon n'est pas rétracté.

Au début, la consistance est ferme et élastique; mais, à mesure que la tumeur s'accroît, elle devient, sur certains points, molle et fluctuante. Vient-on à examiner le creux de l'aisselle? On ne sent pas habituellement de ganglions engorgés.

La ponction faite au niveau d'un point ramolli donne issue à un liquide épais et gélatineux.

L'ulcération ne se produit qu'à une période avancée et elle met à nu la substance colloïde.

Ses caractères les plus remarquables sont, d'après Walther, sa parfaite régularité qu'il compare à la section produite par un instru-

ment tranchant et l'homogénéité de sa surface, qui rappelle l'aspect de la chair de prune.

Le carcinome colloïde est moins infectant que les autres formes du cancer; la récurrence et la généralisation sont moins fréquentes. Cependant, chez une femme de soixante-cinq ans, que Bryant opéra pour un cancer colloïde de la mamelle droite, le néoplasme se reproduisit sept ans après, du côté gauche.

Un autre fait remarquable que présentent ces tumeurs, c'est la conservation de l'état général pendant de nombreuses années.

Le *carcinome myxoïde*, appelé encore *carcinome myxomatode*, est souvent confondu avec le carcinome colloïde; il en diffère, comme nous l'avons vu dans l'anatomie pathologique, par la transformation myxomateuse qui frappe surtout le stroma et exceptionnellement les cellules. Les deux malades, dont Eve (1) a publié les observations, avaient trente-cinq et quatre-vingts ans. Les tumeurs étaient circonscrites, bosselées et molles; bien que leur durée fût déjà de plusieurs années (trois et quatre ans), il n'y avait pas de dégénérescence des ganglions axillaires et la santé générale n'était pas atteinte.

Il n'existe que peu d'observations de cette forme de cancer.

c. CANCERS DURS. — Ces formes répondent à une disposition histologique, caractérisée par la prédominance des éléments conjonctifs qui tendent à devenir fibreux. Velpeau en a fait une excellente étude et nous aurons souvent l'occasion de citer des passages entiers de sa magistrale description.

En dehors de la variété commune qui nous a servi de type clinique (*squirre proprement dit ou globuleux*), nous distinguerons : le *squirre en masse*; le *squirre tégumentaire* (avec ses deux sous-variétés : *en plaques* et *disséminé*); le *squirre atrophique*.

Dans le *squirre en masse*, le sein semble être envahi d'emblée dans sa totalité. Il « se durcit plutôt qu'il ne se gonfle, se transforme plutôt qu'il ne se déforme, quoique cependant il augmente notablement de volume dans certains cas ». La peau, rapidement envahie, adhère à la glande et les tissus de la mamelle deviennent durs et inextensibles. « On dirait, ajoute Velpeau, que tous les éléments constitutifs de la région ainsi envahie sont gelés, ou qu'ils ont été transformés en un demi-globe de bois, de cartilage ou de marbre. »

C'est cette forme que A. Demons désigne dans ses *Cliniques* sous le nom de marmoréenne. Elle est indolente à ses débuts et les malades, dont les mamelles se sont flétries avec l'âge, sont plutôt agréablement surprises de voir leur gorge de nouveau s'arrondir et reprendre une fermeté nouvelle.

Le *squirre tégumentaire* comprend deux formes : le *squirre en cuirasse* et le *squirre pustuleux ou disséminé*. Toutes deux sont graves

(1) EVE, *Transactions of the Pathol. Soc. London*, vol. XXXVII, 1886.

et à marche rapide. Elles s'observent avec les cancers qui se développent près du mamelon et de l'aréole; l'envahissement de la peau se fait par le plexus lymphatique sous-aréolaire et, de là, le néoplasme diffuse rapidement. Ces deux variétés sont assez rares.

Le *squirre en cuirasse*, qui accompagne souvent le *squirre en masse*, indique que la peau est prise par plaques étendues.

« Les téguments, durs au toucher, rugueux, coriaces, épaissis, sont d'un pointillé rougeâtre, anormal; il semble qu'ils aient été tannés et qu'il y ait une portion de cuir ferme à la place de la peau naturelle. » Tout autour, existent de petites taches semblables. Ces plaques, qui, au début, ne déterminent aucune gêne, évoluent insidieusement, s'étendent et ne tardent pas à s'unir les unes aux autres, de manière à constituer une véritable cuirasse, qui revêt toute la poitrine. Puis les douleurs surviennent et les malades, ainsi atteintes, « éprouvent de la chaleur, de la brûlure, des élancements; de l'insomnie, des angoisses, de l'agitation, de l'inappétence s'y joignent bientôt; plus tard, la respiration devient difficile, la poitrine s'embarasse, semble être comme doublée d'un cercle de fer qui se rétrécit de plus en plus et tend à étouffer les malheureuses ».

A cette période terminale, bien des causes peuvent amener la gêne de la respiration. Chez une de ces pauvres femmes que nous avons vue mourir ainsi étouffée, il y avait : infiltration de toute la paroi thoracique, envahissement des deux poumons, épanchement de liquide séreux dans la plèvre droite et paralysie de la corde vocale gauche due à la compression du nerf pneumogastrique du même côté par un ganglion dégénéré du médiastin.

C'était aussi sans doute à cette dernière cause qu'étaient dus les vomissements incessants que présenta cette malheureuse pendant les trois derniers mois de son existence, puisque l'autopsie ne révéla aucun noyau cancéreux dans l'estomac.

Il n'est pas rare de voir, sur différents points, des plaques s'ulcérer et donner naissance à un ichor assez abondant et extrêmement fétide, qui fait de ces malades un objet d'horreur pour leur entourage et pour elles-mêmes.

Le *squirre pustuleux ou disséminé* est dû à l'infiltration de la peau et de la couche sous-cutanée par une série de noyaux carcinomateux secondaires déposés sous forme d'embolies tout autour du néoplasme primitif. Ce sont « de petites masses arrondies ou irrégulières, des pustules, dont le volume présente une infinité de degrés, depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une noisette ». Leur nombre est des plus variables; Velpeau en a trouvé sur la même malade depuis quatre ou cinq jusqu'à plusieurs centaines.

Lorsqu'elles sont enchâssées dans l'épaisseur des téguments, on ne les reconnaît qu'au toucher. Le doigt effleurant la peau perçoit des nodosités immobiles et non dépressibles. Les noyaux sous-

cutanés se distinguent des précédents par leur situation plus profonde et leur mobilité plus grande.

Le *squirre atrophique ou rétractile* est une forme assez rare. Il se rencontre dans 3,5 p. 100 (Williams) ou 7,9 p. 100 (Gross) des cas de carcinomes mammaires. Voici comment le décrit Velpeau : « Il existe aussi une variété de squirre dont le caractère spécifique semble être de ratatiner les tissus et les organes. Une rétraction quelquefois rapide, d'autres fois lente et insensible, du mamelon, qui paraît s'enfoncer de plus en plus dans la glande, et donner naissance plus tard à des rainures, à des rigoles, en est souvent le premier symptôme. La tumeur tantôt aplatie, assez bien limitée, tantôt un peu bosselée ou armée de racines, présente du côté de la peau une dépression qui va en augmentant jusqu'à ce qu'elle s'ulcère ou s'excorie. Les téguments se pointillent bientôt sur d'autres endroits et semblent alors s'enfoncer dans la tumeur. »

La glande étouffée par cette rétraction diminue de volume et s'atrophie.

Cette forme a été appelée : le *cancer des vieilles femmes*. Cependant Velpeau dit en avoir vu trois ou quatre exemples avant quarante-cinq ans. C'est là, pour certains auteurs, une proportion bien au-dessous de la vérité et Gross, par exemple, prétend que dans 55 p. 100 des cas le cancer atrophique se développe avant cinquante ans.

« Quand il s'ulcère, on le voit se creuser peu à peu et fournir un suintement séreux ou ichoreux en général peu abondant. La surface en est ordinairement sèche, quelquefois un peu veloutée. » Ces ulcérations peuvent se cicatriser partiellement, mais la maladie n'en suit pas moins son cours et jamais la guérison spontanée n'a été observée.

Le squirre atrophique a une évolution lente; il dure dix, quinze et même vingt ans, sans porter atteinte à l'état général. Cependant on l'a vu évoluer d'une façon beaucoup plus rapide et W. R. Williams en rapporte deux exemples qui, en moins d'un an, ont amené la mort des malades par généralisation. Les noyaux secondaires reproduisaient les caractères anatomiques de la tumeur primitive.

Les symptômes du *chondro-carcinome* se confondent avec ceux de l'adéno-chondrome. Il n'en diffère que par son évolution plus rapide.

**3° Cancer du sein chez l'homme.** — Le cancer du sein offre, chez l'homme, des particularités assez nettes pour nous engager à l'exposer après les formes que nous avons décrites chez la femme.

Le cancer du sein chez l'homme, qu'on trouve déjà signalé dans quelques auteurs anciens (Ledran, Morgagni, etc.), a été pour la première fois étudié dans un bon travail d'ensemble par Horteloup, dans sa thèse d'agrégation, en 1872. Il en rapporte quatre-vingt-seize observations. Depuis, les mémoires sur cette question sont

devenus plus nombreux (1). Parmi ceux-ci, nous signalerons les thèses de Chênét, de Henry, de Landry et surtout celle de P. Poirier. Plus récemment, Delacour, Sengensse et Laforgue ont repris cette étude en y ajoutant de nouvelles observations.

Chez l'homme, le cancer du sein est très rare, puisqu'il ne compte que pour 0,8 (Guido von Torök et Wittelshöfer), 0,86 (W. R. Williams), et 1,39 (Schulthess) (2) sur 100 cas observés dans les deux sexes (Voy. p. 177). Schuchardt (3) et Winiwarter ont trouvé un pourcentage plus élevé; mais leurs statistiques se rapportent à l'ensemble de toutes les tumeurs du sein. Dans les thèses de Strassmann, Merz, Bollhagen, Friedrich, Fiedler (4), la proportion est encore plus forte (2 à 4 p. 100). Enfin, la statistique particulière et intégrale de Chalot, publiée par Laforgue, accuse 5 cancers du sein chez l'homme pour 79 chez la femme, soit 6 p. 100, moyenne bien supérieure à celle de tous les autres.

Le cancer mammaire, si fréquent chez la femme, est donc rare chez l'homme et c'est là une circonstance intéressante à noter au point de vue *étiologique*. Les états congestifs et inflammatoires du sein sont exceptionnels dans le sexe masculin, mais, lorsqu'ils existent, ils prédisposent aux tumeurs malignes. Les mamelles sont souvent plus développées qu'à l'état normal chez les sujets atteints de cancer (Schuchardt, Berns, Imbert (5), etc.). D'autre part, les succions répétées ne semblent pas étrangères au développement de l'affection. Un malade de Chalot avait pris l'habitude de donner le sein à un enfant pour l'empêcher de crier. Poirier rapporte aussi une observation de cancer de la mamelle à la suite de succions fréquentes. Plus nette encore est l'action des traumatismes peu violents, mais répétés (pression continue d'un outil, d'une bretelle, etc.). Une irritation locale [zona, (Thorens) (6)] agit parfois comme cause prédisposante. Williams a vu un eczéma rebelle précéder le développement du néoplasme; mais, dans ce cas, il s'agit plutôt de la forme décrite sous le nom de maladie de Paget que nous étudierons plus loin.

(1) J. CHÊNÉT, Étude sur le cancer du sein chez l'homme, thèse de Paris, 1876. — HENRY, Inaug. Dissert. Breslau, 1879. — LANDRY, Du cancer du sein chez l'homme, thèse de Paris, 1883. — P. POIRIER, Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme, thèse de Paris, 1883. — J. DELACOUR, Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme, thèse de Paris, 1894. — SENGENSSE, Sur un cas de cancer du sein chez l'homme (*Annales de la polyclinique de Bordeaux*, t. IV, fasc. 9, mai 1896). — J.-M.-J. LAFORGUE, Du cancer du sein chez l'homme, thèse de Toulouse, 1897. — ALBERTIN et PROTHON, Du cancer du sein chez l'homme. Lyon, 1898, avec fig.

(2) SCHULTHESS, *Beiträge für klin. Chir.* Tübingen, Band IV, 1889.

(3) SCHUCHARDT, *Arch. für klin. Chir. von Langenbeck*, XXXV, 1887.

(4) STRASSMANN, Inaug. Dissert. Berlin, 1885. — MERZ, Inaug. Dissert. Berlin, 1885. — BOLLHAGEN, Inaug. Dissert. Göttingen, 1892. — FRIEDRICH, Inaug. Dissert. Greifswald, 1893. — FIEDLER, Inaug. Dissert. Berlin, 1896.

(5) BERNS, *Arch. für klin. Chir. von Langenbeck*, Band XXXV, 1887. — IMBERT, *Gaz. des sc. méd. de Montpellier*, 14 nov. 1891.

(6) H. THORENS, *Soc. de méd. de Paris*, 14 août 1880.

Le cancer du sein apparaît chez l'homme surtout entre quarante et soixante-dix ans, ainsi qu'il résulte des statistiques de Horteloup, P. Poirier, etc. D'après Williams, l'âge moyen serait de cinquante ans, tandis qu'il est de quarante-huit ans chez la femme. Le cancer du sein chez l'homme se développe à un âge encore plus avancé pour Fiedler, puisque les 212 cas qu'il a réunis donnent les résultats suivants :

	malades étaient âgés de moins de	20 ans.
2	—	—
9	—	20 à 30 —
20	—	30 — 40 —
54	—	40 — 50 —
59	—	50 — 60 —
50	—	60 — 70 —
16	—	70 — 80 —
2	—	plus de 80 —

Les deux côtés sont atteints avec une fréquence à peu près égale. Voici, à ce sujet, quelques statistiques :

Le sein gauche était pris	17 fois sur 30 cas	(Horteloup).
—	23 — 36	(P. Poirier).
—	38 — 71	(Williams).
—	48 — 112	(Imbert).

Une seule fois, Poirier a trouvé les deux seins dégénérés.

Le plus grand nombre des carcinomes mammaires appartient, chez l'homme, à la forme dure, c'est-à-dire au *squirre*. On a rencontré cependant quelques cas de *carcinome encéphaloïde* et plus rarement encore des *cancers mélaniques*. L'*épithéliome intracaniculaire* est relativement plus fréquent chez l'homme que chez la femme, puisque cette variété s'observe dans 6 p. 100 des cas (Williams). C'est que, chez l'homme, les conduits galactophores sont développés d'une façon presque normale, tandis que les acini n'existent pas.

P. Poirier a bien mis en lumière les *particularités cliniques* du cancer du sein dans le sexe masculin.

Les débuts sont généralement insidieux. Dans quelques cas, l'attention du malade est attirée par des picotements ou par des élancements. S'agit-il d'un épithélioma intracaniculaire ? Il survient un écoulement sanguinolent par le mamelon. Un homme de cinquante-six ans, entré à l'hôpital Lariboisière, dans le service de S. Duplay, pour une tumeur du sein, avait remarqué, neuf mois avant, que sa chemise était tachée de sang au niveau du mamelon et que celui-ci donnait issue à un liquide sanguin chaque fois que la mamelle était comprimée.

Dans la forme ordinaire du cancer, la tumeur reste pendant des mois petite et stationnaire. Aussi ne préoccupe-t-elle pas ceux qui en sont atteints. Quinze des malades, dont les observations ont été publiées par Poirier, ont attendu de trois à quinze ans avant de s'inquiéter de leur état.

Puis, le néoplasme grossit rapidement, envahit la peau qu'il plisse et ratatine, demeurant longtemps, parfois toujours, mobile sur les parties profondes.

L'accroissement de la tumeur s'accompagne habituellement d'une sensation douloureuse. Dans un cas de Tillaux, « la douleur seule décida le malade à entrer à l'hôpital ».

L'adénopathie axillaire survient tardivement, mais n'offre rien de spécial.

L'ulcération se montre au plus tôt après six mois et plus souvent après plusieurs années ; elle peut prendre la forme végétante. Dans l'observation de Thaon (1), « le mamelon était perdu au milieu de végétations papillaires » ; dans celle de Fergusson (2), « l'excroissance fongueuse était grosse comme une châtaigne ».

L'état général reste bon pendant très longtemps, mais la généralisation est cependant fatale.

Le cancer du sein évolue donc plus lentement chez l'homme que chez la femme, et, par suite, il offre une gravité moindre, puisque sa dissémination est moins rapide.

#### DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE LA MAMELLE

Lorsqu'une malade se présente avec des signes de tumeur du sein, le clinicien doit se poser les questions suivantes : S'agit-il d'une affection inflammatoire ou d'un néoplasme ; et, dans cette dernière hypothèse, quelle en est la nature, quelles sont les connexions de la tumeur avec les organes voisins ou éloignés ? Ce n'est qu'après y avoir répondu qu'il pourra établir les bases du pronostic et du traitement.

Il n'est pas rare que, faute d'un examen approfondi, des lobes glandulaires normaux soient regardés comme dégénérés. Velpeau a consacré plusieurs pages de son Traité à l'étude de ces *tumeurs imaginaires*. Certaines femmes suggestionnables, à la suite d'un heurt, d'un froissement ou d'une cause souvent insignifiante, se croient atteintes d'une tumeur maligne et harcèlent le chirurgien de leurs craintes, surtout si, dans leur entourage, quelque amie ou quelque parente est atteinte d'un cancer du sein. Pour peu que l'exploration de la mamelle soit insuffisante ou mal conduite, on se laissera aller à partager les illusions de la malade.

« On échappe à la méprise en pareil cas, au moyen d'une manœuvre très simple : il suffit d'abandonner la mamelle et de l'explorer en place sur la paroi thoracique. Pendant que les doigts d'une main en soutiennent à peine la circonférence, on en presse doucement les différentes régions, en appuyant les doigts de l'autre main sur sa

(1) THAON, *Bullet. Soc. anat.* 1873.

(2) FERGUSSON, *The Lancet*, vol. II, 1861.