

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	20 à 30	—
9	30 — 40	—
20	40 — 50	—
54	50 — 60	—
59	60 — 70	—
50	70 — 80	—
16	plus de 80	—
2		—

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	— (P. Poirier).
—	38	— (Williams).
—	48	— (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.

face antérieure ou cutanée. De cette façon, c'est-à-dire par une pression perpendiculaire au plan de la poitrine, si la mamelle est saine, on n'y perçoit rien que de naturel; la souplesse, l'élasticité s'y retrouvent comme du côté opposé. On sent aussi bien une tumeur réelle, au contraire, par ce mode de pression que par l'autre. » (Velpeau.)

Cet examen n'est pas toujours suffisant pour différencier quelques lobes glandulaires qui, au début d'une grossesse, commencent à se congestionner et paraissent plus durs au milieu des autres.

Il ne faut pas non plus prendre pour une tumeur le relief que présentent les côtes chez certaines femmes.

Donc, le premier point à établir est qu'une tumeur existe.

Si un examen méthodique est indispensable pour poser un diagnostic au début, par contre, dans quelques cas, il n'existe pas de difficultés, surtout quand le néoplasme est parvenu à une période avancée de son évolution.

Il suffit d'un simple coup d'œil pour affirmer l'*hypertrophie mammaire*, lorsque les deux seins, outrageusement déformés, sont pendants et flasques.

L'*adéno-sarcome*, lorsqu'il a acquis un volume notable, n'est-il pas facilement reconnu avec ses grosses lobulations irrégulières, indiquant la présence de kystes? La peau est sillonnée de veines, le mamelon largement étalé; mais il n'y a pas d'adénopathie, la masse reste mobile sur le plan profond, l'état général se maintient en bon état.

Le *carcinome*, au terme ultime de son évolution, offre, lui aussi, un aspect saisissant. Dès qu'on découvre la poitrine, on voit une tumeur largement ulcérée, immobilisant tout un côté du thorax. Autour d'elle, la peau est envahie de plaques dures; elle est comme *cloutée* de noyaux de consistance ligneuse. Les ganglions conglomérés dans l'aisselle et le creux sus-claviculaire forment des masses volumineuses. Le membre supérieur, engourdi, douloureux, impotent, est énorme; la main œdématiée est séparée de l'avant-bras par un sillon profond et se termine par cinq gros doigts en forme de boudins.

Au contraire, le *squirre atrophique* est caractérisé par le ratatinement de toute la mamelle et le capitonnage de la peau, donnant à la région un aspect pointillé; le mamelon, rétracté, s'invagine dans la tumeur, qui est dure, ligneuse et envoie tout autour des prolongements rayonnés.

Le *squirre tégumentaire* est bien reconnaissable. Seule, la sclérodémie peut offrir un aspect analogue (Hutchinson).

Mais si le diagnostic de certaines tumeurs de la mamelle s'impose dans quelques formes, il en est d'autres qui prêtent facilement à l'erreur.

C'est ainsi que les *carcinomes inflammatoires* revêtent les caractères

d'une affection aiguë ou subaiguë du sein (rougeur intense, douleur à la pression, consistance uniformément dure, etc.) et donnent l'idée d'une *mastite aiguë*. Terrillon, dans un cas semblable, n'eut pas de doutes sur l'existence d'un phlegmon et incisa délibérément. Mais les phénomènes pseudo-inflammatoires continuèrent et il crut à une poussée phlegmoneuse nouvelle.

P. Reclus a exposé, dans une de ses Cliniques de la Pitié, cette intéressante question de diagnostic. D'après lui, il faut songer à la possibilité d'une inflammation toutes les fois que la puerpéralité est en jeu. Mais on ne doit pas ignorer que la lactation « ne s'oppose pas à l'évolution du carcinome ».

Chez une jeune femme de trente ans, dont l'affection remontait à peine à quelques jours, il sembla à Reclus que le sein tout entier était envahi par un œdème inflammatoire, au milieu duquel on sentait toutefois trois foyers distincts, formant des noyaux plus durs et plus douloureux. « De la plus externe de ces masses partait une traînée, sorte de corde qui soulevait la peau à laquelle elle adhérait et qui gagnait l'aisselle en abordant un volumineux ganglion. Il paraissait impossible de repousser l'idée d'un phlegmon d'allure au moins subaiguë, bien que rien dans l'étiologie ne semblât l'appuyer. » Mais l'aspect de la mamelle changea vite et revêtit rapidement les caractères des encéphaloïdes. Inversement, les inflammations de la mamelle peuvent prendre l'allure du cancer.

En plus de la lactation, dont il faut tenir compte, P. Reclus a fait la critique de deux autres signes de grande valeur, bien qu'inconstants: la douleur et l'état des ganglions. Pris individuellement, ces symptômes sont loin d'être décisifs et, dans tous les cas, il faut, pour affirmer le diagnostic, suivre attentivement l'évolution de la maladie. S'agit-il d'un carcinome? « La peau devient plus épaisse, plus dure, des nodosités se montrent. » Dans la mastite, au contraire, la tuméfaction se ramollit et la fluctuation apparaît dès que la suppuration s'établit. En cas de doute, appliquez pendant quinze jours environ un bandage compressif sur la mamelle (Rochard). Si le néoplasme a augmenté de volume, c'est un carcinome. Y a-t-il diminution de l'empâtement? La palpation de la tumeur sera devenue plus facile et le diagnostic plus sûr.

En présence de cas aussi embarrassants, il est donc sage de ne pas recourir, sans utilité absolue, à une intervention, et de se souvenir que la marche des cancers aigus, quoique rapide, est généralement moins précipitée que celle des mastites.

Jusqu'ici, il n'a été question que des formes dans lesquelles il y avait une tuméfaction inflammatoire plutôt qu'une véritable tumeur. Or, c'est le plus souvent à une nodosité plus ou moins volumineuse que l'on aura affaire, lorsqu'on devra établir le diagnostic d'un néoplasme du sein.

On se demandera d'abord si l'affection a pour siège la glande ou si elle en est indépendante.

Lorsque la tumeur est nettement superficielle, fait corps avec la peau et se meut aisément avec elle sur les plans profonds, c'est une tumeur cutanée.

Est-elle sous-cutanée? Elle est superficielle et se mobilise nettement sur la glande sous-jacente, comme dans le cas précédent, mais la peau glisse facilement à sa surface; dès son début, elle a présenté ces caractères.

Il y a des cas où ces tumeurs ont perdu toute connexion avec la peau, « se sont creusé une loge dans la mamelle » ou sont nées en arrière d'elle. Leur interprétation est alors extrêmement difficile, impossible même; elles ne sont reconnues qu'au cours de l'opération. Nous en reparlerons à propos des tumeurs de la région mammaire.

Lorsque, au moment de l'examen, il n'existe aucun symptôme inflammatoire et que l'affection se présente sous la forme d'une petite tumeur plus ou moins arrondie, de consistance ferme, grosse comme une noix ou une petite mandarine, le diagnostic est très embarrassant.

S'il est possible de prendre une mastite subaiguë pour un carcinome ou inversement un carcinome pour une mastite subaiguë, les sources d'erreur sont encore plus nombreuses lorsqu'il s'agit des inflammations chroniques et suppurées du sein. L'« allure froide » de certaines suppurations mammaires et leur « dureté ligneuse » sont les deux principales sources d'erreur. P. Reclus conseille, dans ces cas douteux, d'avoir toujours recours à la ponction exploratrice, « qui mettra le diagnostic sous les yeux mêmes du chirurgien ». Nous avons déjà exposé cette question à propos du diagnostic des inflammations chroniques (Voy. p. 85 et suiv.).

On peut encore se demander si l'on ne se trouve pas en présence d'un noyau induré de mammite chronique, d'un tuberculome, d'une gomme syphilitique, d'une maladie parasitaire, d'un adénoïde ou d'un cancer au début.

Les analogies sont si grandes que l'erreur est facile, souvent même fatale. Aussi faudra-t-il faire une enquête approfondie avant de se prononcer. L'histoire de la maladie fournira de précieux renseignements. La marche est surtout oscillante dans la mammite chronique; la tuméfaction subit des alternatives d'augmentation et de diminution pour demeurer ensuite quelque temps stationnaire.

La tuberculose mammaire est d'un diagnostic difficile quand les ganglions ne sont pas envahis et qu'il n'y a pas de tuberculose dans les antécédents des malades. Les meilleurs éléments d'appréciation sont fournis, en effet, par les caractères des ganglions et par les conditions étiologiques.

La gomme syphilitique, lorsqu'elle se présente sous la forme d'une petite tumeur adhérente à la peau, simule le cancer, mais l'évolution

est quelquefois plus rapide et, en plus des renseignements fournis par l'interrogatoire, il n'est pas rare de rencontrer des restes d'accidents spécifiques. Si le cancer se greffe sur des lésions tertiaires du sein, le diagnostic est impossible.

Lorsqu'un kyste hydatique augmente de volume, devient douloureux, surtout s'il adhère à la peau et aux plans profonds, s'il fait corps avec la glande et rétracte le mamelon, le diagnostic ne sera possible qu'après une ponction exploratrice.

Il en sera de même pour l'actinomyose qui peut se présenter avec les mêmes symptômes et prêter également à l'erreur.

D'ailleurs, dans tous ces cas, il s'agit de lésions rares, dont on trouvera les signes différentiels dans les chapitres qui traitent de chacune d'elles.

Nous signalerons le diagnostic des tumeurs adénoïdes avec les lésions tuberculeuses, syphilitiques et parasitaires du sein. Les nodules de mammite chronique sont presque toujours impossibles à distinguer; d'ailleurs l'erreur serait sans importance, s'il est vrai que certains adénoïdes ne sont que l'aboutissant d'un noyau inflammatoire ancien.

Le diagnostic entre les tumeurs adénoïdes et épithéliales est du plus grand intérêt.

Le clinicien s'assurera d'abord que la tumeur est ou n'est pas indépendante de la glande. C'est là un point capital. Pour le mettre en relief, « saisissez la tumeur entre les doigts, dit Tillaux, et imprimez-lui des mouvements; la tumeur incorporée est immobile sur la glande, tandis que l'autre est très mobile; elle roule et glisse, en quelque sorte comme une bille, sous les doigts. Évitez avec soin cette cause d'erreur consistant à prendre la mobilité en masse de la mamelle sur le grand pectoral pour la mobilité partielle de la tumeur ».

La mobilité est un autre caractère distinctif important entre les tumeurs conjonctives et épithéliales. Tandis que les néoplasmes épithéliaux — primitivement confondus avec la glande — adhèrent rapidement à la peau et au grand pectoral, les adénoïdes — primitivement encapsulés — restent mobiles dans tous les sens.

L'état de la peau donne des signes différentiels de la plus haute valeur.

L'adhérence des téguments à la tumeur par continuité de tissus est précoce dans les néoplasmes épithéliaux. Elle a lieu par une sorte de capitonnage, tandis qu'elle « se fait comme en surface dans les phlegmons ». La peau devient vite rugueuse et comme chagrinée. Elle se creuse de petites dépressions analogues à celles de la peau d'orange. Dans les adénoïdes, cette adhérence est, au contraire, très rare, et elle n'a été rencontrée qu'exceptionnellement dans des tumeurs myxomateuses qui avaient envahi le derme. Elle peut, il est vrai, apparaître au cours d'une mammite chronique, mais elle est beau-

coup plus lente à s'établir que dans le carcinome. Par contre, on ne la voit presque jamais dans les adéno-sarcomes les plus avancés dans leur évolution. Alors même que la tumeur sarcomateuse est hérissée d'énormes bosselures ou creusée d'ulcérations étendues, la peau se distend outre mesure par le fait du développement de la tumeur, devient lisse, mais conserve toujours sa mobilité. On voit, en effet, des sarcomes, des myxo-sarcomes, ayant atteint un volume énorme, conserver leur indépendance et n'offrir aucune adhérence avec la peau ou les parties profondes, sur lesquelles ils se meuvent facilement. La peau elle-même, lisse, tendue, a subi un amincissement notable, mais peut encore être plissée à la surface de la tumeur (S. Duplay). Labbé et Coÿne ont signalé les premiers une altération particulière des téguments qui recouvrent les carcinomes volumineux : « La peau, épaissie et comme œdémateuse, présente, sur une étendue plus ou moins considérable, de petites saillies linéaires au niveau desquelles elle est plus claire, plus blanche et plus transparente. » Cet aspect serait dû à la formation de varices lymphatiques cutanées.

L'état du mamelon est également différent dans les adénoïdes et dans les néoplasmes épithéliaux. L'adénoïde, en se développant, tend à repousser le mamelon qui « se retourne comme un doigt de gant », lorsque la tumeur est devenue volumineuse. Dans le carcinome, au contraire, le mamelon disparaît peu à peu « et reste fixé profondément d'une manière permanente, d'une part à cause des adhérences qu'il contracte avec le tissu morbide et, d'autre part, à cause de l'épaississement qu'a subi la peau, devenue par suite plus immobile ». (Labbé et Coÿne.)

La consistance des adénoïdes et des carcinomes est à peu près la même au début; mais, à mesure que le néoplasme s'accroît, des différences apparaissent. Dans les tumeurs adéno-conjonctives, certains points conservent leur fermeté primitive, tandis que d'autres deviennent plus mous et même fluctuants. Dans le cancer, au contraire, les sensations fournies par le toucher varient peu : les squirres restent constamment durs; les encéphaloïdes, mous dès leur début, se ramollissent plus tard encore davantage et présentent même de la fluctuation; mais alors d'autres signes se montrent qui permettent d'affirmer le diagnostic. D'ailleurs, dans l'encéphaloïde, la consistance est uniformément molle et l'on ne trouve pas des parties alternativement dures et fluctuantes, comme dans les sarcomes kystiques. « Il n'y a qu'un seul cas, disent Labbé et Coÿne, où une erreur soit possible, en se fondant sur ce seul caractère; c'est celui dans lequel un carcinome mou, étant devenu le siège d'hémorragies interstitielles étendues, il s'est formé, dans l'intérieur des noyaux cancéreux, des kystes hématiques plus ou moins considérables. »

Un autre signe de la plus haute importance est tiré de l'état des ganglions de l'aisselle. Dans les adénoïdes, ils restent indemnes.

Cependant, dans les adéno-sarcomes, on trouve parfois quelques glandes axillaires dégénérées; c'est là un fait peu fréquent, qui est même nié par Coÿne et Labbé. Dans le carcinome, les ganglions ont les caractères de l'adénopathie cancéreuse et il n'est pas rare de les trouver reliés à la tumeur primitive par un cordon de lymphangite spécifique.

Chacun de ces signes différentiels n'a par lui-même que peu de valeur, puisqu'on les rencontre dans de nombreuses affections non cancéreuses. Lorsqu'ils sont groupés, ils acquièrent une importance réelle, mais non absolue, car on les retrouve tous dans certains cas spéciaux. Par exemple, un *fibrome diffus*, parvenu à l'état de rétraction cicatricielle, présentera l'aspect clinique du *squirre atrophique*. Dans les deux cas, comme le disent Labbé et Coÿne, le sein induré a un aspect ratatiné et bosselé; la peau est adhérente et le mamelon rétracté. De même encore, les *fibromes multiples* simulent absolument le *squirre à noyaux disséminés*.

Dans ces deux exemples, les symptômes objectifs sont les mêmes. Pour distinguer ces affections, on devra donc, comme nous le disions au début de ce chapitre, rechercher avec le plus grand soin les commémoratifs, étudier la marche de la maladie et s'enquérir de l'état général. C'est par ces renseignements qu'on acquerra les meilleurs éléments du diagnostic.

La tumeur est-elle *kystique*? — Il n'est pas toujours facile de reconnaître la présence d'un liquide dans une tumeur du sein. Ce diagnostic repose en effet sur la fluctuation; or, celle-ci manque souvent et ne peut être mise en évidence que par la ponction exploratrice.

Mais, alors même que la tumeur serait nettement fluctuante, la nature du kyste sera difficile à établir.

Les *kystes du sein* renferment du lait (galactocèle) ou de la sérosité plus ou moins mêlée de sang.

Anatomiquement, ils n'ont pas une existence indépendante, mais ils relèvent d'une affection inflammatoire ou néoplasique, dont ils constituent une phase évolutive. Ils se développent aussi bien au cours d'une mastite chronique que pendant l'évolution d'une tumeur adénoïde ou d'un épithéliome.

Cliniquement, on rencontre des kystes qui semblent exister sans aucune autre lésion. Velpeau les a décrits sous le nom de *kystes simples ou essentiels*. En réalité, ces kystes ne sont que l'indice d'une tumeur *bénigne* ou *maligne* qui disparaît, en quelque sorte, devant le développement de la poche liquide. Dans une clinique récente et inédite, Le Dentu a insisté sur cette particularité. Il a rappelé qu'à son concours des hôpitaux, en 1872, il eut à examiner une mamelle contenant trois kystes dont l'un s'était ouvert. A leur niveau, rien n'indiquait la présence d'une tumeur solide. Cependant, vu l'âge

avancé de la malade, Le Dentu pensa à la possibilité d'un néoplasme kystique et malin et conclut à l'extirpation. L'opération fut pratiquée par Richet et l'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un sarcome dont la récurrence emportait la malade quelques mois après.

Les seuls vrais kystes de la mamelle sont les *kystes hydatiques*, dont nous avons étudié précédemment le diagnostic.

Dans tous les autres cas, on devra s'enquérir des diverses circonstances qui auront accompagné le développement de la tumeur liquide pour la rattacher à sa cause originelle (maladie kystique de Reclus, adéno-fibrome, adéno-sarcome, épithéliome intra-canaliculaire, etc., kystiques).

Le diagnostic devient plus facile *lorsque la tumeur est ulcérée*. On n'hésitera qu'entre un *néoplasme*, une *gomme tuberculeuse* ou une *gomme syphilitique*.

Toutes ces affections se distinguent par les symptômes différentiels que nous avons énumérés avant l'ulcération. Celle-ci cependant présente quelques caractères spéciaux.

Dans la *tuberculose*, l'ulcération ne repose pas sur une tumeur et offre l'aspect des lésions bacillaires.

La *gomme syphilitique* simule à tel point le cancer ulcéré, qu'on lui a donné le nom de *cancer vérolique*. Elle ne s'en distingue que par ses bords décollés, plus régulièrement arrondis. L'ouverture survient généralement plus vite que dans le cancer, mais l'adénopathie est plus tardive.

L'*ulcération des adénoïdes* est caractérisée par des bords assez réguliers, non indurés, amincis et décollés. La peau est usée et non envahie.

Dans le *carcinome*, au contraire, les bords sont irréguliers, indurés, renversés au dehors, et la peau est infiltrée par le néoplasme. Le fond de l'ulcère est anfractueux plutôt que bourgeonnant, comme dans le sarcome.

En résumé, le diagnostic précis d'une tumeur du sein est quelquefois très difficile. Mais, ce qu'il importe de connaître, c'est la nature *bénigne* ou *maligne* de l'affection. Il y a des tumeurs qui procèdent par *envahissement*, d'autres par *refoulement*. Celles-ci sont *encapsulées*, celles-là ne le sont pas. On voit, en effet, des tumeurs adénoïdes qui se comportent comme des tumeurs malignes. Tel est l'adéno-sarcome qui, au début, offre tous les caractères d'une tumeur bénigne et qui, plus tard, évolue comme un cancer. D'autre part, une tumeur adéno-conjonctive, après des mois ou des années, peut perdre ses caractères de bénignité. Peu à peu, elle fait corps avec la glande, puis adhère à la peau, s'accompagne d'engorgement ganglionnaire et se comporte comme un carcinome.

Aussi, au point de vue pratique, considérons-nous, avec Pierre

Delbet, comme maligne, toute tumeur qui ne sera pas nettement mobile et encapsulée.

Le diagnostic de tumeur maligne étant établi, il importe de savoir *quelle est l'étendue des lésions*.

La peau est-elle adhérente à la tumeur? Celle-ci glisse-t-elle sur le grand pectoral? Adhère-t-elle aux côtes? N'existe-il que des ganglions axillaires? N'en rencontre-t-on pas déjà dans le creux sus-claviculaire et même dans le médiastin? N'y a-t-il pas des symptômes de compression ou d'envahissement des vaisseaux et des nerfs dans l'aisselle? Ne trouve-t-on pas enfin des signes de généralisation dans les poumons, les plèvres, le foie, le crâne, le rachis, etc.?

Ce sont là autant de questions dont dépendent le pronostic et le traitement.

TRAITEMENT DES TUMEURS DE LA GLANDE MAMMAIRE

Les tumeurs de la glande mammaire diffèrent tellement entre elles par leur marche et par leur pronostic, qu'on doit appliquer à chaque forme un traitement particulier.

Nous étudierons successivement le traitement: 1° De l'*hypertrophie mammaire* (tumeurs adéno-conjonctives diffuses); 2° des *adénoïdes* (tumeurs adéno-conjonctives circonscrites); 3° des *tumeurs épithéliales* (épithéliome et carcinome).

1° **Traitement de l'hypertrophie mammaire.** — Bien des méthodes, inspirées par les idées du moment, ont été préconisées tour à tour contre l'hypertrophie mammaire. Les anciens recommandaient les applications locales de plantes (myrte, menthe, etc.) cuites dans le vin ou le vinaigre, les onguents composés de céruse, de bol d'Arménie, etc. La saignée générale, au bras ou au pied, les sangsues au creux axillaire, les révulsifs à la peau, les dérivatifs intestinaux, furent tour à tour à la mode. Les partisans de l'origine scrofuleuse de l'hypertrophie eurent recours à l'iode, après les travaux de Lugol, tandis que Fingerhuth conseillait de provoquer artificiellement la sécrétion lactée.

L'état des mamelles est lié d'une façon si intime à celui de l'utérus, qu'on a pensé que le « coït et la gestation deviendraient un remède contre l'hypertrophie des seins » (Velpeau). De nombreuses observations ont démontré le contraire.

D'après Labarraque, comme l'hypertrophie ne reconnaît souvent pas d'autre cause que l'aménorrhée, on arrête l'état fluxionnaire du sein, ou du moins, on le modère, en rappelant le flux menstruel par tous les moyens adoptés en pareils cas: rubéfaction des membres inférieurs, application de sangsues à la partie supérieure et interne