

prétend qu'on y rencontre quelquefois des restes fœtaux (*fœtal remains*).

Le début de ces tumeurs passe souvent inaperçu. Elles ont déjà un volume appréciable lorsque les malades les découvrent par hasard, car elles évoluent sans douleurs. C'est presque toujours vers la puberté que leur présence est reconnue. C'est pendant la lactation que le néoplasme s'était développé dans l'observation de Reverdin et Mayor (1).

Après être resté stationnaire pendant un temps plus ou moins long, tout à coup le kyste augmente de volume et souvent alors il devient sensible, comme dans un cas de Velpeau.

Ces tumeurs sont mobiles, nettement circonscrites et fluctuantes. Elles peuvent atteindre le volume du poing [Hermann (2)] ou d'une tête d'enfant (Reverdin et Mayor). La peau, à leur niveau, est normale, quelquefois rouge et présente fréquemment une dilatation manifeste des veines superficielles. Les téguments étaient ulcérés à leur partie la plus proéminente, chez la malade d'Hermann.

Ces tumeurs sont tellement exceptionnelles qu'on ne les reconnaît qu'à l'autopsie ou au moment d'une intervention chirurgicale.

L'extirpation complète de la poche est le seul traitement auquel on aura recours.

**2° Angiomes.** — Nous ne nous occuperons ici que des angiomes nés au-dessous de la peau. Tel était le cas d'Alibert (3) dans lequel la tumeur siégeait au-dessus du grand pectoral, au voisinage de la mamelle. La malade était âgée de treize mois.

La pièce n° 409 de *Hunterian Museum* est analogue. L'angiome était sous-cutané, lobulé et avait subi sur certains points la dégénérescence graisseuse. Il s'agissait encore d'une fillette en bas âge.

W. R. Williams (4) a rapporté un exemple analogue chez un garçon de dix-sept ans. Lorsqu'il observa son malade, toute la région mammaire, même la peau, se trouvait envahie; mais, à la naissance, celle-ci était indemne. Il existait deux tumeurs distinctes réunies par un trajet induré; toutes deux étaient formées de tissu érectile, avec un peu de graisse; la plus petite contenait, en outre, un petit kyste plein d'un liquide séreux.

Le même chirurgien a publié une autre observation de kyste séreux développé dans un nævus. Son malade, un garçon de sept ans, avait une tumeur discoïdale, du diamètre « d'une demi-couronne »; elle était située à un pouce au-dessous et un peu en dehors du mamelon droit, apparue cinq mois auparavant. Le mamelon et l'aréole étaient normaux. La dissection de ce néoplasme, adhérent de toutes parts, fit voir

(1) REVERDIN ET MAYOR, *Revue méd. de la Suisse romande*, 1887.  
 (2) HERMANN, *Prager med. Wochenschr.*, n° 44, 1890.  
 (3) ALIBERT, *Nosologie naturelle*. Paris, 1817.  
 (4) W. R. WILLIAMS, *Middlesex Hospit. Surgical Report*, 1887.

qu'il s'agissait d'un kyste à liquide brun jaune, grumeleux; au-dessous, les muscles intercostaux faisaient défaut. D'après Williams, ce kyste était dû à un angiome dégénéré.

Peut-être certains lipomes de la région mammaire doivent-ils aussi leur origine à des tumeurs érectiles ayant subi la dégénérescence graisseuse.

**3° Lymphangiomes.** — Malgré la richesse de la glande mammaire en tissu lymphatique, il n'existe aucun exemple de lymphangiome de la glande elle-même. Mais on peut en rencontrer dans la région. Wegner (1) a extirpé avec succès un lymphangiome kystique chez un enfant de neuf mois. La tumeur, qui était congénitale, occupait tout le côté droit du thorax. Müller (2) a publié un fait analogue chez un enfant d'un an. Le néoplasme occupait l'aisselle droite et s'étendait en bas à tout le côté droit du tronc. Le petit malade mourut du shock opératoire. Celui de Pinner (3), au contraire, guérit après deux ponctions avec injection de chlorure de zinc. C'était une tumeur multiloculaire qui occupait la partie inférieure de l'aisselle et la partie externe de la région mammaire gauche. Demoulin (4) a publié des observations semblables.

**4° Kystes séreux.** — Dans ce groupe, nous rangerons des tumeurs d'origine diverse. Nous avons déjà vu que certains angiomes pouvaient donner naissance à des kystes.

Nous venons nous-même d'observer un kyste multiloculaire chez une fillette de quelques mois. A la naissance, la tumeur existait; mais elle était d'un moindre volume et siégeait sur la région mammaire. Peu à peu, elle s'est accrue vers l'aisselle ainsi que

l'indique la figure 22. Elle était lobulée, fluctuante, formée de kystes juxtaposés contenant un liquide séreux. Jamais elle n'a été douloureuse. Depuis quelques mois, son volume a diminué. La peau est adhérente sur plusieurs points et présente des poils longs et soyeux.

Quelle est l'origine de ce kyste? Est-ce un lymphangiome kystique?



Fig. 22. — Tumeur kystique congénitale de la région mammaire.

(1) WEGNER, Ueber Lymphangiome (*Arch. für klin. Chir.*, Bd. XX).  
 (2) MÜLLER, Zur Casuistik der Lymphangiome (*Centralbl. für Chir.*, 1885).  
 (3) PINNER, Ein Fall von Lymphangioma cystoides (*Centralbl. für Chir.*, 1880).  
 (4) DEMOULIN, Kystes congénitaux de l'aisselle. Paris, 1888.

Est-ce un angiome dégénéré? Contre cette dernière opinion, nous signalerons l'absence de nævus vasculaire dans la région; de plus, à la naissance, la tumeur n'augmentait pas pendant les cris et ne diminuait pas par la pression. Dans son Traité, W. R. Williams (1) rapporte une observation absolument semblable à la nôtre, soit d'après la description, soit d'après la figure qu'il en donne.

On trouve encore, dans la mamelle, des *kystes d'origine lymphatique*, formant une poche parfaitement close et ne communiquant pas avec la glande. Leur paroi est lisse, sans excroissance et leur contenu est un liquide plus ou moins jaune brun. On les rencontre chez des sujets de quarante ans environ, sous forme de tumeur plus ou moins dure, selon que la poche est plus ou moins tendue, et dont le volume ne dépasse guère celui d'un œuf de pigeon. On ne les a jamais vus dans les deux seins à la fois. Pollard (2), Butlin (3) et Gadsby (4) en ont publié des exemples avec examen histologique démontrant leur origine lymphatique.

Il ne faut pas confondre ces kystes avec ceux qui naissent aux dépens des gros troncs galactophores, auxquels W. R. Williams consacre un chapitre sous le nom de *mucoid cysts*. A l'œil nu, le contenu est semblable, mais, au microscope, on trouve dans le liquide plus ou moins foncé des cellules épithéliales en dégénérescence graisseuse, des corpuscules de Glüge, des globules de graisse et quelquefois des cristaux de cholestérine et d'hématine. La paroi est formée de tissu fibreux revêtu, sur la face interne, d'épithélium cubique. Un signe clinique de haute importance, c'est leur évacuation facile par le mamelon lorsqu'on presse sur la tumeur. Velpeau a signalé un kyste de ce genre qui s'était développé sur une glande mammaire aberrante. Ce sont de véritables galactocèles.

5° **Lipomes.** — Bien que rares, les lipomes du sein ne sont pas exceptionnels.

On ne doit pas ranger parmi ces tumeurs tous les amas de tissu graisseux du sein.

C'est ainsi, par exemple, qu'on voit, chez de vieux gynécomastes, la glande mammaire subir la *dégénérescence graisseuse*; on ne saurait classer les faits de ce genre parmi les lipomes.

De même encore, les observations rapportées sous le nom de *lipomes intramammaires* doivent être éliminées. Il n'y en a d'ailleurs que peu d'exemples. Ce sont ceux de A. Cooper (5), Köchler (6) et Bégouin de Bordeaux (7). Dans ce dernier cas, la tumeur avait été

(1) W. R. WILLIAMS, *Loc. cit.*, p. 520, fig. 71.

(2) POLLARD, *Univ. colleg. Hospit. Report*, 1885.

(3) BUTLIN, *The Lancet*, vol. I, 1884.

(4) GADSBY, *The Lancet*, vol. I, 1878.

(5) A. COOPER, *Illustrations of Diseases of the Breast*, 1829.

(6) KOEHLER, *Charité Annalen*. Berlin, 1888, Bd. XIII.

(7) BÉGOUIN, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1892.

enlevée de la partie supéro-externe du sein chez une femme de quarante-sept ans. Découverte par hasard deux ans avant l'opération, elle avait le volume d'une noix et n'avait pas augmenté depuis. Les coupes montraient à un faible grossissement, au milieu du tissu graisseux formant la plus grande partie du néoplasme, des tubes glandulaires disséminés sans limitation précise.

Cette dégénérescence graisseuse de la glande mammaire est due parfois à des troubles circulatoires survenant dans la mastite chronique. C'est le *lipome capsulaire*. Roper (1) en a rapporté une observation. Sa malade, âgée de quatre-vingt-sept ans, avait sa tumeur depuis cinquante-huit ans. On l'avait prise pour un fibroadénome. C'était un amas graisseux contenant un os à son centre.

On a décrit sous le nom de *lipome diffus* l'hypertrophie du tissu graisseux périmammaire. Il s'y ajoute presque toujours une hypertrophie semblable de la glande elle-même. Aussi doit-on ranger ces faits parmi les hypertrophies mammaires, comme dans l'observation de Robert et Amussat (2).

Les *lipomes mammaires vrais* sont donc des tumeurs graisseuses encapsulées, siégeant en dehors de la glande mammaire. On les rencontre à tout âge et avec une fréquence à peu près égale chez l'homme et chez la femme. Nous avons eu récemment l'occasion d'en observer un dans le service de Piéchaud (de Bordeaux) chez un garçon de treize ans.

Leur siège anatomique est important à connaître. Lorsqu'ils naissent dans le *tissu cellulo-graisseux rétromammaire*, ils peuvent acquérir un volume énorme, en repoussant la glande. Tel était le cas de la femme de ce médecin dont Brodie a rapporté l'histoire. La malade de Bryk (3) avait un fibrolipome de la mamelle droite qui pesait 12 livres; à l'autopsie, on lui trouva également un lipome du cæcum. Mais l'observation classique de Billroth (4) est surtout remarquable. Cette tumeur colossale, datant de six ans, tombait jusqu'au niveau du bassin. Elle mesurait 43 centimètres dans sa plus grande longueur. On avait porté le diagnostic d'hypertrophie ou de cysto-sarcome. L'opération montra qu'il s'agissait d'un lipome rétromammaire. Paget (5) a publié un cas de volumineux lipome du sein chez l'homme. Queirel (de Marseille), en a rapporté un autre au Congrès français de chirurgie de 1889; mais cette tumeur, qui pesait 800 grammes, était née profondément dans le tissu interfibrillaire du grand pectoral; cliniquement, c'était bien un lipome du sein. Le malade portait d'autres tumeurs semblables: l'une, grosse comme un œuf, derrière

(1) ROPER, Voy. HOLMES, *Syst. of Surgery*, vol. III, 1883.

(2) ALPH. ROBERT et AMUSSAT, *Union médicale*, 1851.

(3) BRYK, *Arch. für klin. Chir.*, Bd. XVII.

(4) BILLROTH, *Deutsche Chir.*, Lief. XLI, Stuttgart.

(5) PAGET, *The Lancet* vol. I, 1894.

l'oreille gauche; l'autre, sur la fesse gauche, ressemblait à une brioche.

Lorsque la tumeur graisseuse siège dans le *tissu cellulaire sous-cutané*, son volume est moindre; il ne dépasse guère celui du poing. Les faits de ce genre sont moins rares. Ces tumeurs, presque toujours unilatérales, ont une évolution lente. Leurs caractères cliniques sont ceux des lipomes. Elles sont molles, pseudo-fluctuantes, lobulées, indolentes. Cependant, Bégouin (1) a vu, chez une femme de quarante-sept ans, un lipome du sein qui était le point de départ d'élançements douloureux, spontanés, s'irradiant dans l'épaule, le bras et les doigts; ils étaient assez douloureux pour réveiller la malade en sursaut pendant la nuit; au moment des règles, les douleurs diminuaient. La palpation était indolente.

Ces tumeurs sont mobiles et indépendantes des organes voisins: peau, plan profond, glande mammaire. Presque toujours uniques, elles étaient multiples et bilatérales dans l'observation de Reclus (2). On peut se demander si elles n'étaient pas de cause inflammatoire, car les mamelles étaient devenues dures et engorgées vingt-trois ans avant, à la suite d'un accouchement gémellaire, et, peu de temps avant l'opération, il y avait eu écoulement de sang par le mamelon et douleurs vives dans le bras et l'épaule. Cependant les tumeurs, du volume d'un grain de chènevis à celui d'une noisette, étaient toutes nettement encapsulées.

Le *diagnostic* du lipome du sein est difficile chez la femme. Velpeau, croyant la fluctuation évidente, avait affirmé la présence d'un kyste chez une de ses malades atteinte d'une tumeur graisseuse. Billroth, nous l'avons vu, avait porté le diagnostic de cysto-sarcome ou d'hypertrophie mammaire. Reclus avait pensé à une maladie kystique, bien que les petites masses fussent aplaties d'avant en arrière et non sphériques, et bien qu'elles fussent molles, dépressibles, presque fluctuantes et non ligneuses.

Mais, chez l'homme, les causes d'erreur sont moins fréquentes. La glande atrophiée permet mieux d'apprécier les caractères du lipome. Seule la gynécomastie pourra prêter à l'erreur, surtout si la tumeur graisseuse est bilatérale, comme chez le malade de Baker et Bowlby (3). Cet homme, grand buveur de bière et de gin, portait également des lipomes symétriques de chaque côté de la paroi antérieure de l'abdomen, principalement dans la région sus-pubienne, de chaque côté du scrotum et à la partie supérieure et inférieure de chaque membre supérieur.

Le *pronostic* est bénin, car, même lorsqu'elles sont volumineuses, ces tumeurs sont compatibles avec une excellente santé. Jamais on ne les a vu dégénérer en cancer.

(1) BÉGOIN, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1891.

(2) RECLUS, *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, 1888.

(3) BAKER ET BOWLBY, *Medico-chirurg. Transact.*, vol. LXIX, 1886.

Ce n'est pourtant pas une raison suffisante pour refuser de débarrasser les malades d'une difformité gênante. L'opération, en effet, est des plus simples; dès que par l'incision on arrive sur la capsule, le lipome s'énuclée tout seul. Il suffit d'opérer proprement pour obtenir une cicatrice linéaire presque invisible.

Si la tumeur est rétromammaire, on pourra faire l'incision à la partie inférieure du sein, dans le sillon pectoro-mammaire. On respectera la glande et surtout le mamelon chez la femme, afin de conserver à la région son aspect normal.

**6° Calcification et ossification de la mamelle.** — Nous avons dit précédemment que les néoplasmes mammaires peuvent se calcifier et ce n'est là qu'une dégénérescence qu'on rencontre parfois dans les tumeurs malignes. Mais il existe quelques très rares observations de dépôts calcaires dans la région du sein, sans autre lésion. Bryk (1) en a rapporté un cas très remarquable qui lui est personnel, ainsi que quelques autres plus anciens. Ceux de A. Cooper, de Bérard et de Förster s'en rapprochent aussi.

C'est chez les femmes âgées qu'on les a vus jusqu'ici. De Scanzoni les décrit comme des tumeurs très dures, inégales, ayant des saillies à angles aigus et causant de vives douleurs. Leur extirpation, dit-il, a toujours été couronnée de succès; il n'y a jamais eu de récurrence.

Les anciens considéraient ces dégénérescences comme assez fréquentes et Morgagni, dans sa cinquantième lettre, en cite d'assez nombreux exemples. Aussi trouvons-nous, dans Guyon Dolois de la Nauche (2): « Les mammelles dures comme marbre ou pierre donnent une courte haleine à la fille ou femme, et à ceux qui les manient peu de contentement. »

Ces faits sont encore mal connus et demandent, pour être classés, des examens anatomo-pathologiques consciencieux.

**C. Tumeurs du tissu cellulaire interacineux.** — Nous ne reviendrons pas sur l'origine des tumeurs adéno-conjonctives et conjonctives. Nous avons montré précédemment comment elles prenaient naissance. C'est d'ailleurs surtout par leur pathogénie qu'elles diffèrent, puisque leur évolution clinique est la même et qu'un même traitement leur convient.

On y trouve des *fibromes*, des *myxomes*, des *sarcomes*, et peut-être des *lymphadénomes*.

Il est souvent difficile de dire si les tumeurs de ce groupe sont nées dans le tissu cellulaire périacineux ou périmammaire.

**1° Fibromes.** — Les fibromes purs de la région mammaire sont exceptionnels, puisque Billroth prétendait qu'ils étaient toujours

(1) BRYK, Eine petrificirte Brustdruse (*Arch. für klin. Chir.* Berlin, Bd. XXV, 1881).

(2) LOUYS GUYON DOLOIS, sieur DE LA NAUCHE, *Le miroir de beauté et santé corporelle*. Lyon, 1671.

accompagnés d'éléments glandulaires. Cependant il en existe quelques observations incontestables. Le *Hunterian Museum* en possède deux spécimens (n° 4775 A et 4776). R. Williams en rapporte un autre exemple. La tumeur pesait 7 livres et durait depuis treize ans. Beadles (1) signale un fibrome pur chez un homme de trente-quatre ans, venant, dit-il, évidemment de la face postérieure de la glande, bien que se creusant une loge sur le grand pectoral. Il n'y avait à la coupe aucune trace d'éléments glandulaires. Virchow en a examiné un autre, enlevé à un jeune homme de dix-huit ans. Lancereaux, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, figure aussi un cas venant de la collection Péan. Mais on peut se demander si ce dernier était né dans le tissu cellulaire interacineux, car il était situé immédiatement au-dessous de la peau. C'était donc plutôt un fibrome du tissu cellulaire pér mammaire.

Sur deux fibromes de la région mammaire que décrit Broca, l'un était entre le grand pectoral et la glande, sans aucune connexion avec celle-ci; on doit donc faire pour lui la même réserve que pour celui de Lancereaux. Quant au second, il siégeait nettement en dehors de la zone juxtammammaire, au-dessous du grand pectoral.

L'aspect clinique de ces tumeurs est le même que partout ailleurs. Ce sont des néoplasmes à évolution lente et bénigne. Leur consistance est dure et élastique. Mais, vu leur extrême rareté, elles sont d'un diagnostic impossible.

Paget (2) a décrit un fibrome malin de la région mammaire. Il s'agissait très probablement d'un sarcome, bien que, sur aucune des coupes nombreuses qu'il examina, il n'eût trouvé du tissu sarcomateux.

2° **Myxomes.** — Les myxomes dépourvus d'éléments glandulaires sont des tumeurs encore plus rares que les fibromes. Ils naissent, d'après R. Williams, dans le tissu cellulo-graisseux qui entoure la glande et loin d'elle. Aussi rencontre-t-on toujours des amas considérables de graisse. Moore (3), ayant enlevé la mamelle d'une femme de trente-cinq ans pour un néoplasme datant de six ans, trouva un lipome distinct au milieu d'un myxome.

Schmid (4) a récemment publié une observation de myxome du sein; mais elle est tellement incomplète qu'on ne sait s'il s'agissait d'un myxome pur ou d'une tumeur d'origine glandulaire.

Les myxolipomes du sein peuvent être congénitaux ainsi qu'Ashby et Wright en ont figuré un exemple dans leur *Traité sur les maladies des enfants*; malheureusement, toute l'histoire clinique a été passée sous silence.

(1) BEADLES, *Trans. of the pathol. Soc. London*, 1893.

(2) PAGET, *Lectures on surgical Pathology*, vol. II, 1853.

(3) MOORE, *Dublin Journ. of med. science*, vol. LXIII.

(4) SCHMID, *Bull. de la Soc. anat.*, juin 1896.

Comme les précédentes, ces tumeurs sont toujours méconnues; cliniquement, d'après les rares observations publiées, il semble que leur évolution soit moins maligne que lorsque le myxome est associé avec des éléments glandulaires. On devra, néanmoins, les traiter toujours par l'extirpation.

3° **Sarcomes.** — Sans être fréquents, les sarcomes nés en dehors de la glande mammaire sont cependant moins rares que les tumeurs que nous avons décrites précédemment. Leur évolution clinique est celle des sarcomes des autres régions et dépend surtout de la variété en présence de laquelle on se trouve.

Au point de vue anatomo-pathologique, ils ne diffèrent des adénosarcomes que par l'absence des éléments glandulaires modifiés. Aussi est-il nécessaire d'avoir examiné de nombreuses coupes pour affirmer qu'on est en présence d'un sarcome pur. Dans les deux cas, la tumeur, au début, est encapsulée, mais elle est, d'après R. Williams, plus lobulée et plus bosselée dans les adénosarcomes. Les unes et les autres peuvent donner naissance à d'énormes tumeurs et devenir diffuses après avoir brisé leur membrane d'enveloppe.

Les sarcomes purs appartiennent à de nombreuses variétés.

Les *sarcomes fuso-cellulaires* se reconnaissent facilement à la coupe. Ils forment des tumeurs plus dures, plus régulières, élastiques, à marche moins rapide. La malade de Mouchet (1) avait la sienne depuis dix ans; pendant huit ans, elle était restée stationnaire; depuis, elle avait augmenté de volume jusqu'à la grosseur d'une orange sans atteindre l'état général. Chez un laboureur de trente-sept ans, Morton (2) extirpa un sarcome fuso-cellulaire, dur, lobulé, qui était apparu depuis sept ans, après un coup. Il était ulcéré et pesait deux livres. La tumeur qu'observa Ward (3) chez un soldat de quarante ans, durait depuis vingt-deux ans et n'avait que le volume d'une noix. Cependant, dans le cas de Chrétien (4), le néoplasme avait évolué avec une rapidité surprenante. Il est vrai que sa malade était nourrice.

Les *sarcomes globo-cellulaires* sont plus fréquents que les précédents. Ils n'offrent ici rien de particulier.

Sous le nom d'*angiosarcome*, G. B. Schmidt (5) a longuement étudié une variété de sarcome connue encore sous les noms de *sarcome alvéolaire*, *sarcome plexiforme*, *endothéliome*. Ces tumeurs naissent des cellules endothéliales des vaisseaux et des espaces lymphatiques. Aussi, dit R. Williams, « si nous acceptions cette manière de voir sur leur origine, nous devrions les classer parmi les cancers, puisque des recherches embryologiques ont montré que

(1) MOUCHET, *Bull. de la Soc. anat.*, 1893.

(2) MORTON, *Glasgow med. Journ.*, vol. XIV, 1880.

(3) WARD, *Transact. pathol. Soc. London*, vol. XI, 1860.

(4) CHRÉTIEN, *Bull. de la Soc. anat.*, juin 1891.

(5) G. B. SCHMIDT, *Arch für klin Chir.* Berlin, Bd. XXXVI, 1887.

l'endothélium naît de l'archiblaste et non du parablaste ». Ces néoplasmes envahissent plus fréquemment les ganglions et les autres organes (foie, poumons, os, rate, reins, péritoine) que les sarcomes, ce qui les rapproche des cancers, mais ils ont une pseudo-capsule, ce qui les en éloigne.

Au microscope, on voit des alvéoles contenant des cellules sarcomateuses groupées autour des fins capillaires sanguins. Ces cellules, en se multipliant à l'intérieur des alvéoles, compriment les vaisseaux sanguins, les oblitèrent, d'où dégénérescence hyaline et myxomateuse ou encore formation de kystes.

Le pronostic de ces tumeurs est aussi grave que celui des pires cancers.

On peut rapprocher de cette forme le *sarcome myéloïde* dont Billroth a publié une observation. La tumeur était encapsulée et lobulée. Au microscope, elle avait un aspect alvéolaire, avec çà et là des parties ramollies, comme kystiques. La charpente était formée d'éléments fuso-cellulaires et, dans les mailles, on trouvait, en grand nombre, de grosses cellules dont beaucoup contenaient de cinq à dix noyaux. La récurrence eut lieu plusieurs fois sur place et, lorsque la malade mourut d'un érysipèle, après la quatrième intervention, on constata qu'il n'y avait pas de généralisation.

Les observations de Snow (1) et de Farmakowsky (2) se rapportaient à des cas semblables.

Nous ne connaissons que deux faits de *lymphosarcome* de la mamelle. Le premier est dû à Billroth. La tumeur était apparue au troisième mois de la grossesse chez une femme de trente et un ans, déjà mère de deux enfants; elle évolua sans douleur, envahit les deux mamelles. On fit l'accouchement prématuré; il n'y eut point de sécrétion lactée et la malade mourut peu après de cachexie. La seconde observation est due à Haslam (3); le lymphosarcome s'était développé chez un homme de quarante-trois ans qui ne s'était aperçu de sa tumeur que depuis une semaine.

Nous ne dirons rien du *sarcome mélanique* qui débute plus souvent sur la peau de l'aréole ou du mamelon. Il peut cependant naître plus profondément, ainsi que des exemples en ont été rapportés. Nous en avons déjà parlé précédemment.

Pierre Delbet a observé un *myxosarcome* et Stilling (4) a vu un sarcome indépendant de la glande mammaire contenant des noyaux osseux et cartilagineux.

4° **Lymphadénome.** — On a rencontré le lymphadénome partout; il n'y a donc aucune raison pour qu'on ne le trouve pas à la région

(1) SNOW, *Brit. med. Journ.*, vol. I, 1894.

(2) FARMAKOWSKY, *Ueber Carcinoma Mammæ mit Riezenzellen*, Berne, 1890.

(3) HASLAM, *Birmingham medical Review*, vol. XXV, 1889.

(4) STILLING, *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, Bd. XV, 1881.

mammaire. Mais, jusqu'ici, il n'en existe aucune observation probante.

Psalidas (1) en a signalé un cas, avec examen histologique, dont il donne des dessins dans sa thèse; mais, d'après P. Delbet, qui a examiné ces préparations microscopiques, celles-ci sont loin d'être démonstratives.

(1) PSALIDAS, thèse de Paris, 1890.