

1° *Tumeurs malignes : carcinomes de la mamelle.*

**Étiologie.** — On discute encore la question de savoir s'il faut attribuer quelque valeur *aux causes occasionnelles* que les femmes invoquent assez souvent. Les coups sur la mamelle, fort redoutés à cause de l'influence que le public leur prête, ne sont peut-être pas sans influence. On ne les trouve pourtant pas signalés 1 fois sur 10 (7 pour 100, Billroth). Le psoriasis du mamelon (Paget), l'intertrigo qui siège sur les mamelles pendantes, dans le pli pectoro-mammaire (Winiwarter), auraient dans quelques cas été le point de départ de l'affection. La préexistence d'abcès mammaires ne semble en aucune façon prédisposer au cancer. Les deux affections étant fort communes, il n'est pas étonnant qu'elles aient été notées sur le même sujet; mais il ne s'agit là que d'une coïncidence.

Parmi les causes prédisposantes, l'âge a l'influence le plus remarquable. C'est entre 40 et 60 ans que se voient le plus grand nombre des cancers de la mamelle. Presque inconnus avant 20 ans, encore très rares jusqu'à 30, c'est aux environs de 50 ans qu'ils se rencontrent le plus souvent. On en observe jusque dans la plus extrême vieillesse.

L'hérédité joue ici comme dans tous les autres cancers un rôle prépondérant.

On n'est pas fixé sur l'influence que peuvent avoir les grossesses antérieures, la lactation, les rapports sexuels, la régularité ou les troubles de la fonction menstruelle. Il est infiniment probable que toutes ces causes sont négligeables.

Une mamelle est-elle plus prédisposée que l'autre? La statistique de Velpeau indiquait une fréquence plus grande à gauche : 265 contre 348. D'autres tableaux fournissent des rapports inverses. Ainsi, dans une statistique de l'hôpital général de Vienne, nous trouvons 161 cas à droite contre 144 à gauche.

Les tableaux très concordants de Gross et de Billroth montrent que sur 100 tumeurs de la mamelle, plus de 80 sont des carcinomes.

**Symptômes et marche du cancer de la mamelle.** — Si l'on se reporte à l'anatomie pathologique de l'épithélioma diffus, ou carcinome mammaire (page 377), on y trouvera indiquées brièvement, comme des conséquences forcées du mode de développement

de cette tumeur : sa diffusion dans la glande mammaire et son absence de limites précises, son adhérence précoce, d'une part à la peau et, d'autre part, aux parties profondes : aponévroses, muscles, squelette, l'invasion des ganglions lymphatiques, la rétraction fréquente du mamelon, etc. Ce sont là des signes objectifs de premier ordre. Mais à côté de ces caractères communs, on observe entre les diverses tumeurs cancéreuses de la mamelle des différences considérables, qui obligent à décrire de nombreuses variétés ou formes cliniques.

**Formes cliniques.** — Les deux grandes variétés anatomiques du cancer, le squirrhe et l'encéphaloïde, ont chacune leur physionomie propre; mais, tandis que le dernier est toujours assez semblable à lui-même, le squirrhe se présente sous des aspects très divers. Tantôt il y a une **tumeur squirrheuse** très appréciable, masse ou noyau profondément placé au sein de la glande mammaire sans connexions immédiates avec la peau. Le volume de cette production n'est jamais extrême; pourtant, dans quelques cas désignés par Velpeau sous le nom de *cancer en masse*, il semble que la glande mammaire soit prise tout entière. La tumeur squirrheuse est ordinairement dure, *ligneuse*; les cas où elle est moins ferme sont assez rares (squirrhe lardacé, de Velpeau); elle est bosselée, granuleuse à la surface, perdue dans l'épaisseur de la glande mammaire, dont il est impossible de la séparer. De très bonne heure, dès le moment où elle est reconnue, elle adhère presque toujours à la peau. Ce n'est pas à dire que celle-ci lui soit intimement accolée tout d'abord; mais si l'on essaye de la plisser, ou de la mouvoir à la surface de la tumeur, on reconnaît qu'il est impossible de le faire aussi facilement que du côté sain. A un degré plus avancé, toute traction exercée sur la peau détermine la formation de petites dépressions qui lui donnent l'aspect pointillé en creux de la *peau d'orange*.

Même manque de mobilité du côté des parois thoraciques.

Le mamelon est souvent rétracté de bonne heure, surtout si le squirrhe est de petite dimension; il conserve parfois sa forme normale dans les tumeurs un peu volumineuses. Dans ces dernières il n'est pas très rare de noter un écoulement sanguin ou séro-sanguin par le mamelon, phénomène banal qui peut se rencontrer dans les tumeurs les plus diverses, bénignes ou non. La tumeur squirrheuse



de la mamelle, sauf de rares exceptions, est parfaitement indolente. C'est par hasard, en faisant leur toilette, que les malades la découvrent.

Au lieu de conserver l'aspect plus ou moins globuleux que nous venons d'indiquer, le squirrhe mammaire possède souvent des prolongements qui, partis d'une masse centrale plus ou moins apparente, divergent dans tous les sens. De là (Velpeau) une tumeur inégale, dure, mal circonscrite, qui se perd d'une manière insensible du côté de la peau ou vers la circonférence de la mamelle sous la forme de rayons, de brides, de trainées irrégulières ou de cordons entremêlés de rainures. La peau adhère à ces branches, et le sein se creusera de rigoles à leur niveau : *squirrhe rayonné* ou *rameux*.

Dans une autre forme, le squirrhe se présente non plus comme une tumeur véritable, mais comme un simple *épaississement* plat, superficiel, unissant le tégument à une portion quelconque de la glande mammaire. Sur un point, le sein est rétracté, déprimé, creusé d'une dépression à laquelle aboutissent des sillons plus ou moins profonds.

Les tissus avoisinants sont comme rétractés, ratatinés autour de ce noyau. Chez les femmes âgées, à mamelles grasses, volumineuses, cette variété de squirrhe est peu envahissante. A mesure qu'elle gagne les parties voisines, celles-ci s'atrophient, se rétractent, si bien que la mamelle disparaît tout entière sans que les parties malades se soient notablement étendues. C'est ce qu'on appelle le *squirrhe atrophique* ou *rétractile*.

Le **cancer encéphaloïde**, plus rare que le squirrhe, débute, comme ce dernier le fait le plus souvent, par une tumeur perdue dans l'épaisseur de la mamelle; mais de bonne heure cette masse se développe sous la forme d'une bosselure plus ou moins large qui, surajoutée au sein, donne l'idée d'une *tête de brioche*. Au lieu d'être attirée vers la production morbide par des liens nombreux et fins, la peau est ici soulevée, distendue, bientôt envahie par elle. Elle prend un aspect lisse, puis rougit, se remplit de varicosités, en attendant qu'elle s'élève, ce qui arrive de bonne heure. L'ensemble de la tumeur est mou, souple, élastique, quelquefois fluctuant.

Velpeau a décrit sous le nom de **squirrhe disséminé** et de **squirrhe en cuirasse** des états qui sont plutôt des complications du carcinome mammaire que des formes de ce carcinome. Dans le squirrhe disséminé, la peau est parsemée de petites masses arron-

dies, sortes de boutons qui ne sont autre chose que des petites masses cancéreuses. Selon Velpeau, on rencontre de ces tubercules, non seulement dans la peau, mais aussi dans l'hypoderme et même dans l'épaisseur du parenchyme glandulaire.

Dans le squirrhe en cuirasse, la peau se trouve, par larges plaques, indurée, rugueuse, pointillée de rouge. Quelquefois, toute la poitrine est recouverte de la sorte d'une véritable cuirasse inextensible.

Il s'agit là d'une invasion de la peau, par la voie lymphatique probablement, invasion secondaire, succédant toujours à une tumeur mammaire parfois si petite qu'elle a pu passer inaperçue.

**Marche.** — Tout cancer mammaire tend à passer par les phases suivantes : indifférence, propagation aux parties voisines, invasion des lymphatiques, généralisation et cachexie.

La *période d'indifférence* pendant laquelle la tumeur resterait au sein de la glande mammaire sans dépasser ses limites, sans agir sur les tissus voisins, comme une tumeur de bonne nature, cette période n'existe pour ainsi dire pas. Dès que la tumeur est découverte, on lui trouve presque toujours des connexions plus ou moins marquées avec la peau ou les parties profondes.

La *propagation aux parties voisines* se fait, comme nous l'avons vu ailleurs, par le développement de bourgeons épithéliaux qui s'enfoncent dans toutes les directions. Au bout d'un temps très court dans le cancer encéphaloïde, très variable dans le squirrhe, la masse morbide envahit de la sorte le derme d'un côté, les muscles et les os du thorax de l'autre.

La peau ne fait plus qu'un avec la masse morbide. Quelquefois chagrinée, violette, elle subsiste luisante et propre, ou recouverte de croûtes qui se détachent et se reproduisent alternativement. Le plus souvent elle s'ulcère. S'il s'agit d'un cancer encéphaloïde, la surface à nu se couvre de fongosités. Des champignons vasculaires souvent énormes, saignants et fournissant une abondante sérosité, s'élèvent au-dessus du niveau du tégument. Le squirrhe, au contraire, offre un ulcère peu profond, plat, ou à bourgeons peu élevés, bordé de nodosités irrégulières. Dans les deux cas, les malades sont tourmentées par la répétition d'hémorrhagies généralement peu abondantes et très faciles à arrêter.

Vers les parties profondes, le même processus met en contact la tumeur et l'aponévrose qui recouvre le muscle pectoral, puis celle-ci



est traversée; les muscles, plus tard les côtes elles-mêmes, sont en rapport direct avec la face profonde de la tumeur. Cette marche vers la profondeur s'accuse d'abord par la diminution de la mobilité de la mamelle, qui se montre surtout lorsque le grand pectoral est tendu par sa contraction. Plus tard la tumeur est absolument adhérente aux parties solides du thorax. Cette fixité s'établit du reste d'une manière fort irrégulière. Certains petits squirrhes sont, dès l'origine, pour ainsi dire fixés au squelette, d'autres ne viennent s'y attacher qu'à une époque assez avancée de leur évolution.

L'adhérence de la tumeur aux parois thoraciques devient le point de départ, de son côté, de douleurs plus ou moins vives, souvent lancinantes.

L'*invasion des vaisseaux lymphatiques* se fait fatalement de bonne heure, puisqu'il n'existe aucune membrane protectrice entre la masse morbide, si petite qu'elle soit, et la zone péri-acineuse qui renferme ces vaisseaux. Aussi peut-on dire qu'elle est contemporaine du début même du cancer; mais elle ne devient apparente que lorsque les ganglions lymphatiques dépendant de la mamelle ont pris un développement qui permette de les reconnaître à la palpation. On a voulu rattacher l'adénopathie à l'invasion de la peau. Il est de fait que souvent elle se montre quelque temps après cette dernière; mais bien souvent aussi elle la précède. Les ganglions pris d'abord sont naturellement ceux de l'aisselle. Entre eux et la tumeur se sent parfois une sorte de traînée, d'épaississement allongé qui est formé par un faisceau de lymphatiques enflammés, indurés, pénétrés de cancer. Les ganglions sus-claviculaires sont pris aussi assez souvent. Les glandes envahies par le cancer sont dures, fermes, non douloureuses à la pression. Elles adhèrent aux parties qui les entourent et les compriment énergiquement. De là, à la longue, des troubles profonds dans la circulation du membre supérieur. Les veines étant oblitérées presque complètement, on trouve un œdème souvent énorme de la main et de tout le bras. La compression des nerfs axillaires détermine, de son côté, des douleurs insupportables.

La lymphangite cancéreuse ne s'observe pas seulement du côté des vaisseaux qui vont vers l'aisselle, elle gagne souvent les réseaux de la peau. C'est ainsi que s'établissent le squirrhe disséminé et le squirrhe en cuirasse. Parfois, par ce procédé, les deux glandes

mammaires sont atteintes successivement : l'invasion simultanée des deux est extraordinairement rare.

Enfin, vers la profondeur, des lymphangites cancéreuses se voient, qui gagnent la surface pariétale de la plèvre et même s'étendent à la face viscérale.

La *généralisation* et la *cachexie* sont la conséquence de cette infection graduelle. Des tumeurs secondaires se développent dans les viscères, principalement dans le foie, le poumon, les organes digestifs; elles ne sont pas moins communes dans les os. Là on les trouve surtout dans les vertèbres, où elles s'annoncent par des douleurs dorso-lombaires irradiées vers les membres inférieurs. La base du crâne, la tête fémorale, et d'autres extrémités des os longs en sont parfois le siège.

**Terminaison.** — Le cancer du sein se termine fatalement par la mort. On a bien jadis cité quelques exemples de guérison spontanée de tumeurs encéphaloïdes succédant à la gangrène de ces tumeurs; mais ces faits remontent à une époque où l'on confondait sous ce nom d'encéphaloïde les tumeurs les plus diverses.

Il n'est pas douteux que la mort est la terminaison constante du cancer du sein. Elle est le résultat de la cachexie, celle-ci accélérée par les douleurs qui ne laissent pas de repos aux malades, par les écoulements sanguins et sanieux, par la résorption de produits septiques à la surface de la tumeur ulcérée, etc. La durée moyenne de la survie serait de vingt-sept mois; mais les cas extrêmes offrent des termes absolument dissemblables. C'est ainsi que la mort peut arriver en quelques semaines, dans des cancers encéphaloïdes survenant chez des femmes jeunes, et s'accompagnant de métastases rapides, tandis que certains squirrhes atrophiques peuvent être tolérés sans dommage appréciable pendant dix, quinze et même vingt ans chez des vieilles femmes.

**Diagnostic.** — Le cancer de la mamelle possède des caractères propres et positifs, qui ne permettent guère de le méconnaître. Tout au plus dans une première période, réduit à l'état de simple noyau perdu au sein de la masse glandulaire, pourrait-il être confondu avec un fibrome ou un sarcome. Mais il est rare que déjà le cancer ne se dévoile pas par le fait de sa diffusion, de l'absence nette de ses limites, de son extrême dureté coïncidant avec un état rugueux de sa surface. L'âge de la malade crée une présomption importante.



La tumeur est-elle apparue après quarante ans, il s'agit presque certainement d'un carcinome.

L'accroissement rapide de la tumeur plaide en faveur de sa mauvaise nature, quoique certains sarcomes se comportent de la sorte.

Dès que la masse a acquis un certain volume, l'adhérence à la peau et aux parties profondes, l'adénopathie, enfin les signes d'une tendance envahissante, ne laissent plus de doute sur l'existence d'un cancer.

A la période d'ulcération le diagnostic s'impose le plus souvent. Tout au plus certains sarcomes ou myxomes ulcérés prêteraient-ils à la confusion. Mais dans ceux-ci la peau amincie, décollée, est usée par la tumeur et non envahie par elle; le champignon qui sort à travers l'ouverture n'a aucune connexion avec ses bords. Au contraire, dans le cancer le tégument est épaissi, altéré, et ne fait qu'un avec la masse morbide. Autour de l'ouverture la peau est saine dans le sarcome, elle est adhérente, sillonnée de dépressions, épaissie dans le cancer. Le sarcome, même ulcéré, est libre à sa base vers le thorax; il n'adhère en aucune façon au grand pectoral. Il en est tout autrement pour le cancer. Les ganglions manquent dans le sarcome.

Un diagnostic difficile, qui par bonheur se pose rarement, est celui du squirrhe atrophique d'avec certaines mastites chroniques terminées par sclérose et rétraction de la mamelle. L'absence de l'adénopathie cancéreuse, la longue durée de l'affection jointe aux commémoratifs révélant une mastite puerpérale ancienne, la conservation d'un bon état général, permettent d'éloigner l'idée d'un cancer.

**Traitement.** — Envisagés au point de vue du traitement qui leur convient, les cancers du sein peuvent être divisés en deux grandes catégories :

1° Les cancers opérables et 2° les cancers qu'on ne doit pas opérer. Ces derniers renferment eux-mêmes deux variétés absolument différentes. Ce sont d'abord certains squirrhes atrophiques, à marche exceptionnellement lente, que l'on rencontre chez des personnes âgées (soixante-dix, soixante-quinze ans), tumeurs cantonnées dans la glande mammaire depuis quinze, vingt ans, quelquefois même davantage, ne provoquant pas de douleurs, ni de cachexie, ne s'accompagnant même pas toujours d'engorgement ganglionnaire. La

plupart des chirurgiens sont d'accord pour ne pas y toucher, et cette conduite prudente nous semble devoir être suivie.

Inversement l'opération se trouve contre-indiquée lorsqu'on se trouve en présence de cancers à marche exceptionnellement rapide, se généralisant de très bonne heure aux différents viscères. — Tels sont certains encéphaloïdes survenant chez des femmes très jeunes, certains carcinomes mélaniques. D'autres fois la contre-indication se tire de l'extension locale du mal, cancer ayant dépassé les limites de la région mammaire, en voie de progression constante, envahissant les parties voisines, le squelette, la plèvre, avec extension de l'engorgement ganglionnaire aux ganglions du creux sus-claviculaire, ou bien encore cancer en cuirasse se propageant de proche en proche aux téguments de la cage thoracique.

Le rôle du chirurgien doit se borner en pareille circonstance à rendre moins vives les souffrances parfois atroces auxquelles sont soumises les malades; les injections multipliées de morphine rendent alors de bien grands services.

Mais lorsque ces diverses conditions ne sont pas réalisées, et c'est le cas le plus fréquent, l'intervention opératoire est la règle pour le cancer du sein. — Sans exagérer la valeur des statistiques en pareille matière comme en beaucoup d'autres, les chiffres empruntés à Oldekop, Winiwarter, Sprengel, nous montrent que dans le cas d'abstention la moyenne de la survie n'est guère que de vingt-huit mois, tandis que les mêmes statistiques donnent dix mois de plus de survie post-opératoire. — D'autre part, les dangers que fait courir l'opération, aujourd'hui surtout, avec les méthodes perfectionnées de pansement qui sont à notre disposition, ces dangers, disons-nous, sont peu considérables, et il appartient souvent au chirurgien de les diminuer encore en prenant des précautions de température pour éviter les pleurésies, les pneumonies, qu'il n'est pas rare d'observer après l'opération en raison du refroidissement auquel expose la longueur de l'intervention et la nature des pansements nécessaires.

Quant à l'opération elle-même, elle ne doit plus être faite autrement qu'avec le bistouri.

Toutes les précautions antiseptiques prises, la région axillaire rasée, le champ opératoire soigneusement lavé, le chirurgien circonscrit la tumeur dans une incision elliptique en forme de raquette



plus ou moins allongée dont la queue se trouvera avantageusement dirigée jusque dans l'aisselle suivant le bord inférieur du grand pectoral.

L'incision de la peau terminée, on dissèque la glande mammaire, qu'il faut sans hésiter et toujours enlever dans sa totalité, en ayant soin de ne pas laisser ces lobules erratiques de la glande, siège fréquent de récidives locales; la tumeur isolée de ses connexions avec la peau sera de même séparée attentivement du muscle pectoral, que l'on ne craindra pas d'entamer superficiellement pour ne pas laisser les débris de son aponévrose souvent envahie; enfin l'opération sera terminée par un curage attentif du creux axillaire, curage opéré bien plutôt par *dissection* que par *énucléation*, suivant les recommandations de Kirmisson.

Cette extirpation des ganglions a été poussée beaucoup plus loin; un certain nombre de chirurgiens ont extirpé les ganglions sus-claviculaires; quelques-uns se refusent cependant à faire cette extirpation, car, lorsque ces ganglions sont pris, l'infection a déjà atteint d'autres ganglions inopérables. Les chirurgiens allemands sont allés plus loin encore dans cette voie: Langenbeck a extirpé, avec peu de succès d'ailleurs, en même temps que les ganglions, les muscles, vaisseaux et nerfs de l'aisselle. Esmarch conseille plutôt, dans un cas de ce genre, l'extirpation du membre supérieur; une malade opérée par lui de la sorte a guéri sans récidive.

La seule préoccupation du chirurgien doit être d'enlever toute la glande et de dépasser partout très largement les limites du mal; si la réunion cutanée ne peut ensuite être effectuée complètement, on aura recours au pansement antiseptique ouvert, recommandé dans tous les cas par le professeur Verneuil; si, au contraire, la réunion est possible, elle sera faite suivant les préceptes connus, en donnant un bon écoulement aux liquides par des boutonnières faites au besoin dans les parties les plus déclives. Un vaste pansement compressif avec des substances absorbantes et parfaitement antiseptiques, comme l'ouate de bois au sublimé, enfermant le bras correspondant, est appliqué avec soin et laissé en place le plus longtemps possible. L'état général et la température du malade attentivement observés permettent de se rendre compte des accidents qui pourraient survenir du fait d'une faute involontaire commise contre les règles de l'antisepsie.

Les avis sont fort partagés sur l'influence de la réunion ou de la non-réunion de la plaie au point de vue des récidives; la question n'a

peut-être pas toute l'importance qu'on a voulu lui donner, et la règle de conduite que nous avons indiquée plus haut nous paraît être la meilleure conduite à tenir en pareille circonstance.

Le rôle du chirurgien n'est pas toujours terminé avec la guérison de la plaie; nous avons vu combien sont fréquentes les récidives locales; lorsqu'elle n'évolue pas trop rapidement et qu'elle reste limitée à la région mammaire et à ses ganglions, la poursuite de la récidive s'impose; elle sera faite de la même manière que l'opération première et avec la même prodigalité de tissus. Des opérations répétées plusieurs fois ont ainsi, dans un certain nombre de cas, prolongé la vie, et, ce qui n'est pas à négliger non plus, rendu l'existence plus supportable.

## 2° Tumeurs bénignes ou non carcinomateuses de la mamelle.

Nous avons déjà fait (p. 585) quelques réserves sur la valeur de cette expression: *tumeur bénigne*, appliquée aux néoplasmes dont il nous reste à parler. Nous n'y reviendrons pas.

Au point de vue clinique, on englobe dans cette classe toutes les productions d'origine conjonctive, fibromes, sarcomes, myxomes, dont nous avons étudié plus haut les caractères anatomiques, et aussi les tumeurs épithéliales non diffuses (Labbé et Coyne).

Le *fibrome diffus*, ou mieux, l'hypertrophie générale de la glande mammaire, occupe une place à part dans ces néoplasmes. C'est à peine si cliniquement on peut voir là une véritable tumeur.

Les *fibromes circonscrits* forment des tumeurs généralement de petit volume, souvent multiples, remarquables par la fermeté de leur tissu et leur indépendance relative de la glande mammaire à laquelle les rattachent seulement des pédicules plus ou moins évidents; mais ces caractères appartiennent à toutes les tumeurs d'origine conjonctive, à l'état jeune: fibrome, myxome et sarcome, et aux épithéliomes eux-mêmes tant qu'ils sont circonscrits. Il est impossible de différencier cliniquement ces diverses productions; le diagnostic sera toujours soumis à une confirmation ou à une rectification anatomique.

On peut réserver, toujours au point de vue clinique, le nom de *sarcome* ou *fibro-sarcome* du sein à des tumeurs plus volumineuses, qui souvent tendent à se développer assez rapidement. Histologi-



quement il s'agira parfois de volumineux fibromes, ou même de myxomes; mais ici il y aura lieu d'établir un certain nombre de divisions fort importantes.

Nous décrirons donc, sous le bénéfice de ces diverses réserves :

- 1° Le fibrome diffus ou hypertrophie générale de la mamelle;
- 2° Les tumeurs petites dont le fibrome circonscrit est le type;
- 3° Les sarcomes ou fibro-sarcomes du sein.

a. — *Fibrome diffus. — Hypertrophie générale de la mamelle.*

Le fibrome diffus, éléphantiasis de la mamelle, hypertrophie simple, n'est pas une maladie fréquente, elle occupe le plus souvent les deux seins; on a cependant observé des cas où une mamelle était envahie isolément.

L'hypertrophie mammaire débute ordinairement d'une manière insidieuse et sans douleurs, soit au moment de la puberté, soit plus tard, vers trente ou quarante ans assez souvent chez des femmes non mariées. On se borne à dire en général que la femme *prend de la gorge*.

Le début est quelquefois différent, l'invasion se fait par poussées aiguës avec fièvre, *hypertrophie aiguë de Fingerhuth*; l'augmentation de volume pourrait se produire avec une rapidité extrême, en une nuit même (Durston).

Les seins prennent bientôt des dimensions extraordinaires en même temps qu'ils fournissent une sensation de fermeté et de dureté inusitées; plaqués au début et dans certaines formes pendant longtemps contre la paroi thoracique, les globes mammaires deviennent plus tard pendants, comme flétris; les mamelles tendent à se pédiculiser, et descendent comme une besace au-devant de l'abdomen, jusqu'au pubis, jusqu'aux genoux. On a vu des seins peser 4, 8, 12, 16 et jusqu'à 50 livres. Les énormes tumeurs ainsi constituées sont supportées par un étroit pédicule cutané, sillonné d'énormes veines bleuâtres, et présentent du reste tous les caractères extérieurs des mamelles; le mamelon est le plus souvent effacé, l'aréole élargie; la peau hypertrophiée ne permet pas de sentir nettement les lobes glandulaires augmentés de volume.

On conçoit bien qu'un pareil développement ne se produit pas sans

déterminer une tension douloureuse, accompagnée le plus souvent d'élançements, de piqûres, de brûlure. Certaines malades se plaignent d'une fatigue, d'une lassitude extrême, et semblent succomber sous le fardeau qu'elles supportent continuellement.

Si dans certains cas la maladie ne s'accompagne d'aucun phénomène fonctionnel, on la voit aussi déterminer des troubles menstruels importants, de la dysménorrhée, des métrorrhagies. On a signalé quelquefois de la raucité de la voix. Les mouvements du thorax et de l'abdomen sont gênés à un certain degré; la santé générale finit par s'altérer; il survient finalement un certain degré de marasme qui prédispose à la tuberculose, à la pneumonie, tandis que localement on peut voir se produire d'autres complications: des abcès du sein, la gangrène d'une partie plus ou moins considérable de la glande hypertrophiée.

La marche de la maladie est progressive; parfois stationnaire à certains moments, elle évolue dans d'autres circonstances avec une grande rapidité; la grossesse exerce dans ce sens une influence particulièrement nocive, quoi qu'en aient écrit Velpeau et d'autres auteurs.

La durée totale de la maladie est fort variable: depuis quelques mois jusqu'à plusieurs années; tantôt elle cède aux traitements qui lui sont imposés, tantôt elle rétrocede spontanément par un processus de rétraction déjà décrit à l'anatomie pathologique de cette curieuse affection. La mort peut être la conséquence de la gangrène partielle de la tumeur.

Le diagnostic de l'affection ne présente pas de difficultés et nous ne croyons pas qu'on puisse la confondre avec un squirrhe ou un adénome quelconque.

**Traitement.** — Les préparations médicales n'ont produit aucun effet dans la plupart des cas; seul peut-être l'iodure de potassium associé à une compression bien faite a donné parfois de bons résultats. — Le mariage ne doit pas être conseillé, bien qu'on lui ait rapporté au moins une fois la diminution de la mamelle sous l'influence de plusieurs grossesses (Benoit, de Montpellier, 1877). — En cas d'insuccès et d'hypertrophie énorme à marche progressive, c'est à l'extirpation que l'on aura recours; elle a donné, dans le cas célèbre de Manec et dans bon nombre d'autres faits, des résultats satisfaisants.



b. — *Fibromes circonscrits, ou petites tumeurs adénoïdes.*

**Symptômes et diagnostic.** — Les fibromes circonscrits qui forment le plus grand nombre de ces tumeurs peuvent être pris pour type de la description. Ce sont des masses arrondies, à surface lisse, souvent multiples, qui occupent généralement la périphérie de la glande. On peut dire que leurs symptômes sont négatifs, en ce sens qu'ils sont tout l'opposé des symptômes du cancer : isolement facile de la glande à laquelle ils sont rattachés par un simple pédicule, absence d'adhérence avec la peau et avec les parties profondes, tendance à persister indéfiniment sous cette forme sans s'accroître notablement, absence d'adénopathie.

Les seuls caractères positifs qu'on leur reconnaisse sont de se développer dans un âge peu avancé, de préférence entre quinze et trente ans, et de devenir plus sensibles au moment de la menstruation. En temps ordinaire, ces tumeurs restent indolentes; cependant, chez quelques personnes nerveuses, elles sont le point de départ de véritables névralgies. La description qui précède convient parfaitement aux petits sarcomes, aux myxomes encore peu développés et aux épithéliomas circonscrits. Les fibromes circonscrits sont plus communs que les autres tumeurs; mais, en définitive, l'examen anatomique seul permet de faire un diagnostic certain. Il est vrai que l'évolution, dans le cas de myxome ou de sarcome, serait probablement différente si on laissait la tumeur évoluer librement. Mais on n'a pas l'occasion d'observer des faits de ce genre, car, en règle générale, toutes les tumeurs de la mamelle sont opérées de bonne heure.

Le **traitement** des tumeurs adénoïdes consiste dans l'extirpation de ces tumeurs. Il faut préférer à la simple énucléation l'ablation partielle de la glande mammaire, la résection d'un segment triangulaire dans lequel se trouve compris le néoplasme.

On a aussi conseillé ici la compression, et celle-ci semble avoir donné quelquefois de bons résultats; mais ce mode de traitement est long, difficile à supporter, et il est possible que, convenant au fibrome, par exemple, il n'ait aucune efficacité contre telle autre tumeur que nous confondrons fatalement avec lui.

c. — *Sarcomes et fibro-sarcomes de la mamelle.*

Au point de vue clinique, cette dénomination convient aux tumeurs non carcinomateuses, que leur tendance à un accroissement rapide et le volume qu'elles ont atteint au moment où on les observe séparent des petits fibromes. Leur type se trouve dans le sarcome proprement dit, tumeur assez rare si l'on compare sa fréquence à celle du carcinome. Nous viserons donc surtout le sarcome dans la description qui va suivre.

**Étiologie.** — C'est entre trente et cinquante ans que la tumeur apparaît le plus souvent. D'après Labbé et Coyne, elle succède dans la moitié des cas à un fibrome plus ou moins ancien; mais il semble difficile d'affirmer la nature exacte du néoplasme précurseur.

On ne connaît rien de certain touchant l'influence qu'il faudrait prêter aux troubles de la menstruation, au mariage ou au célibat, à la grossesse, ni même aux traumatismes, quoique Gross trouve cette cause indiquée dans ses tableaux une fois sur sept.

**Symptômes et diagnostic.** — *Les signes objectifs du sarcome du sein sont encore, par bien des côtés, purement négatifs*, en ce sens que le chirurgien, toujours préoccupé de savoir avant tout s'il a affaire à une tumeur maligne ou non, commence par constater que la plupart des caractères du cancer sont absolument défaut.

La tumeur, même arrivée à un développement notable, laisse intacte le plus souvent une portion de la glande mammaire que l'on trouve à côté d'elle, refoulée mais non envahie; le mamelon n'est pas rétracté. La peau soulevée, distendue, amincie parfois, n'est pas adhérente à la masse qu'elle recouvre; celle-ci est parfaitement mobile sur les parties profondes. L'adénopathie fait encore ici défaut.

La *consistance de la tumeur, l'état de sa surface, constatés au moyen de la palpation*, varient beaucoup suivant la période à laquelle on l'observe, suivant la variété de tumeur dont il s'agit (sarcomes mous ou sarcomes durs, myxomes, etc.), suivant que la masse renferme ou non des lacunes ou des kystes plus ou moins considérables (*fibro-sarcomes kystiques*). La plupart du temps on trouve des bosselures notables, de consistance inégale.

L'*écoulement par le mamelon* d'un liquide séreux ou séro-sanguin est assez fréquent. On ne s'en étonnera pas si l'on se reporte



à la description anatomique des fibromes et des sarcomes de la mamelle.

Une *douleur* modérée, mais notable, accompagne le développement rapide de ces tumeurs, ainsi qu'un certain degré de fièvre. Il est à peu près impossible d'établir un diagnostic clinique entre le sarcome, les fibromes et les myxomes volumineux.

**Marche.** — Les tumeurs que nous étudions ici sont histologiquement de nature très diverse. Il ne faut donc pas compter que l'on pourra prévoir sûrement à l'avance la marche que suivra un de ces néoplasmes donnés. Quelques-uns (fibromes, myxomes, sarcomes fasciculés) s'accroissent plus ou moins lentement, atteignent des dimensions considérables avant d'amener la destruction de la peau, et n'ont aucune tendance à la formation de métastases; d'autres, ce sont surtout les sarcomes à petites cellules (sarcomes encéphaloïdes), se développent rapidement et infectent l'économie aussi rapidement, sinon plus, que le pire des cancers. On voit alors, sans que les ganglions axillaires soient pris, le plus souvent, se développer des tumeurs secondaires dans les viscères et surtout dans les os.

Mais ces sarcomes infectants sont heureusement assez rares. Le plus souvent les gros sarcomes de la mamelle, les fibro-sarcomes kystiques en particulier, ne présentent pas une gravité pareille.

Par suite de leur développement excessif, ils distendent à l'excès la peau sur quelque point, l'amincissent et finissent par amener la gangrène. A travers la perte de substance, dont les bords décollés ne font nullement corps avec la tumeur, sortent de gros bourgeons, qui saignent facilement et entre lesquels se voient souvent de larges lacunes. En pressant sur la tumeur on fait sourdre dans ce cas, par la plaie, un liquide séreux abondant qui vient du fond des lacunes dont l'extrémité se trouve ainsi mise à jour.

Le **pronostic** de ces tumeurs oblige à quelques réserves, comme on peut le conclure de ce qui précède.

Il n'y a pas d'autre traitement que l'ablation totale de la mamelle. Les récidives seront à craindre dans les formes globo-cellulaires du sarcome.

## CHAPITRE IV

### TUMEURS DU SEIN CHEZ L'HOMME

L'état rudimentaire de la glande mammaire chez l'homme rend facilement compte de la rareté relative des tumeurs du sein dans le sexe masculin. — Cependant on a retrouvé là toutes les variétés observées chez la femme ou presque toutes. Les caractères de ces tumeurs sont peu différents dans les deux sexes. Nous devons donc nous borner à quelques observations sommaires.

Un certain nombre de travaux ont été publiés sur ce sujet; parmi les plus importants nous citerons : la thèse de concours d'Horteloup, 1862, la thèse de Chenet, 1876, et celle plus récente de Poirier, 1885, à laquelle nous emprunterons la plupart des renseignements qui suivent.

Avant d'aborder l'étude des tumeurs, une courte mention doit être consacrée à l'*hypertrophie*, au développement exagéré de la glande mammaire chez l'homme, affection encore désignée sous le nom de *gynécomastie*. — Le sein hypertrophié offre le plus souvent le volume et l'aspect du sein de la jeune fille; tantôt cette hypertrophie est simplement due au développement de la graisse mammaire (J. Cloquet), tantôt il y a sans doute hypertrophie glandulaire, car on observe une véritable sécrétion lactée. La gynécomastie est d'ailleurs congénitale ou acquise; elle est encore unilatérale ou bilatérale.

Le point le plus intéressant de son histoire réside dans sa coïncidence avec l'atrophie d'un ou des deux testicules, avec la castration (Gaillet, de Reims) ou certaines orchites de l'adolescence (Lereboullet), surtout les orchites ourliennes; dans ce cas, la gynécomastie s'accompagne de l'ensemble symptomatique qu'on désigne sous le nom de *féménisme*.

Les tumeurs du sein chez l'homme sont *bénignes* ou *malignes*. Les *tumeurs bénignes* sont rares et mal connues, surtout les adénomes et les fibromes; on a observé un certain nombre de *kystes*, les uns séreux, les autres laiteux (Velpeau), d'autres encore peuvent être dermoïdes ou sébacés.



de la mamelle, sauf de rares exceptions, est parfaitement indolente. C'est par hasard, en faisant leur toilette, que les malades la découvrent.

Au lieu de conserver l'aspect plus ou moins globuleux que nous venons d'indiquer, le squirrhe mammaire possède souvent des prolongements qui, partis d'une masse centrale plus ou moins apparente, divergent dans tous les sens. De là (Velpeau) une tumeur inégale, dure, mal circonscrite, qui se perd d'une manière insensible du côté de la peau ou vers la circonférence de la mamelle sous la forme de rayons, de brides, de trainées irrégulières ou de cordons entremêlés de rainures. La peau adhère à ces branches, et le sein se creusera de rigoles à leur niveau : *squirrhe rayonné* ou *rameux*.

Dans une autre forme, le squirrhe se présente non plus comme une tumeur véritable, mais comme un simple *épaississement* plat, superficiel, unissant le tégument à une portion quelconque de la glande mammaire. Sur un point, le sein est rétracté, déprimé, creusé d'une dépression à laquelle aboutissent des sillons plus ou moins profonds.

Les tissus avoisinants sont comme rétractés, ratatinés autour de ce noyau. Chez les femmes âgées, à mamelles grasses, volumineuses, cette variété de squirrhe est peu envahissante. A mesure qu'elle gagne les parties voisines, celles-ci s'atrophient, se rétractent, si bien que la mamelle disparaît tout entière sans que les parties malades se soient notablement étendues. C'est ce qu'on appelle le *squirrhe atrophique* ou *rétractile*.

Le **cancer encéphaloïde**, plus rare que le squirrhe, débute, comme ce dernier le fait le plus souvent, par une tumeur perdue dans l'épaisseur de la mamelle; mais de bonne heure cette masse se développe sous la forme d'une bosselure plus ou moins large qui, surajoutée au sein, donne l'idée d'une *tête de brioche*. Au lieu d'être attirée vers la production morbide par des liens nombreux et fins, la peau est ici soulevée, distendue, bientôt envahie par elle. Elle prend un aspect lisse, puis rougit, se remplit de varicosités, en attendant qu'elle s'élève, ce qui arrive de bonne heure. L'ensemble de la tumeur est mou, souple, élastique, quelquefois fluctuant.

Velpeau a décrit sous le nom de **squirrhe disséminé** et de **squirrhe en cuirasse** des états qui sont plutôt des complications du carcinome mammaire que des formes de ce carcinome. Dans le squirrhe disséminé, la peau est parsemée de petites masses arron-

dies, sortes de boutons qui ne sont autre chose que des petites masses cancéreuses. Selon Velpeau, on rencontre de ces tubercules, non seulement dans la peau, mais aussi dans l'hypoderme et même dans l'épaisseur du parenchyme glandulaire.

Dans le squirrhe en cuirasse, la peau se trouve, par larges plaques, indurée, rugueuse, pointillée de rouge. Quelquefois, toute la poitrine est recouverte de la sorte d'une véritable cuirasse inextensible.

Il s'agit là d'une invasion de la peau, par la voie lymphatique probablement, invasion secondaire, succédant toujours à une tumeur mammaire parfois si petite qu'elle a pu passer inaperçue.

**Marche.** — Tout cancer mammaire tend à passer par les phases suivantes : indifférence, propagation aux parties voisines, invasion des lymphatiques, généralisation et cachexie.

La *période d'indifférence* pendant laquelle la tumeur resterait au sein de la glande mammaire sans dépasser ses limites, sans agir sur les tissus voisins, comme une tumeur de bonne nature, cette période n'existe pour ainsi dire pas. Dès que la tumeur est découverte, on lui trouve presque toujours des connexions plus ou moins marquées avec la peau ou les parties profondes.

La *propagation aux parties voisines* se fait, comme nous l'avons vu ailleurs, par le développement de bourgeons épithéliaux qui s'enfoncent dans toutes les directions. Au bout d'un temps très court dans le cancer encéphaloïde, très variable dans le squirrhe, la masse morbide envahit de la sorte le derme d'un côté, les muscles et les os du thorax de l'autre.

La peau ne fait plus qu'un avec la masse morbide. Quelquefois chagrinée, violette, elle subsiste luisante et propre, ou recouverte de croûtes qui se détachent et se reproduisent alternativement. Le plus souvent elle s'ulcère. S'il s'agit d'un cancer encéphaloïde, la surface à nu se couvre de fongosités. Des champignons vasculaires souvent énormes, saignants et fournissant une abondante sérosité, s'élèvent au-dessus du niveau du tégument. Le squirrhe, au contraire, offre un ulcère peu profond, plat, ou à bourgeons peu élevés, bordé de nodosités irrégulières. Dans les deux cas, les malades sont tourmentées par la répétition d'hémorrhagies généralement peu abondantes et très faciles à arrêter.

Vers les parties profondes, le même processus met en contact la tumeur et l'aponévrose qui recouvre le muscle pectoral, puis celle-ci



est traversée; les muscles, plus tard les côtes elles-mêmes, sont en rapport direct avec la face profonde de la tumeur. Cette marche vers la profondeur s'accuse d'abord par la diminution de la mobilité de la mamelle, qui se montre surtout lorsque le grand pectoral est tendu par sa contraction. Plus tard la tumeur est absolument adhérente aux parties solides du thorax. Cette fixité s'établit du reste d'une manière fort irrégulière. Certains petits squirrhes sont, dès l'origine, pour ainsi dire fixés au squelette, d'autres ne viennent s'y attacher qu'à une époque assez avancée de leur évolution.

L'adhérence de la tumeur aux parois thoraciques devient le point de départ, de son côté, de douleurs plus ou moins vives, souvent lancinantes.

L'*invasion des vaisseaux lymphatiques* se fait fatalement de bonne heure, puisqu'il n'existe aucune membrane protectrice entre la masse morbide, si petite qu'elle soit, et la zone péri-acineuse qui renferme ces vaisseaux. Aussi peut-on dire qu'elle est contemporaine du début même du cancer; mais elle ne devient apparente que lorsque les ganglions lymphatiques dépendant de la mamelle ont pris un développement qui permette de les reconnaître à la palpation. On a voulu rattacher l'adénopathie à l'invasion de la peau. Il est de fait que souvent elle se montre quelque temps après cette dernière; mais bien souvent aussi elle la précède. Les ganglions pris d'abord sont naturellement ceux de l'aisselle. Entre eux et la tumeur se sent parfois une sorte de traînée, d'épaississement allongé qui est formé par un faisceau de lymphatiques enflammés, indurés, pénétrés de cancer. Les ganglions sus-claviculaires sont pris aussi assez souvent. Les glandes envahies par le cancer sont dures, fermes, non douloureuses à la pression. Elles adhèrent aux parties qui les entourent et les compriment énergiquement. De là, à la longue, des troubles profonds dans la circulation du membre supérieur. Les veines étant oblitérées presque complètement, on trouve un œdème souvent énorme de la main et de tout le bras. La compression des nerfs axillaires détermine, de son côté, des douleurs insupportables.

La lymphangite cancéreuse ne s'observe pas seulement du côté des vaisseaux qui vont vers l'aisselle, elle gagne souvent les réseaux de la peau. C'est ainsi que s'établissent le squirrhe disséminé et le squirrhe en cuirasse. Parfois, par ce procédé, les deux glandes

mammaires sont atteintes successivement : l'invasion simultanée des deux est extraordinairement rare.

Enfin, vers la profondeur, des lymphangites cancéreuses se voient, qui gagnent la surface pariétale de la plèvre et même s'étendent à la face viscérale.

La *généralisation* et la *cachexie* sont la conséquence de cette infection graduelle. Des tumeurs secondaires se développent dans les viscères, principalement dans le foie, le poumon, les organes digestifs; elles ne sont pas moins communes dans les os. Là on les trouve surtout dans les vertèbres, où elles s'annoncent par des douleurs dorso-lombaires irradiées vers les membres inférieurs. La base du crâne, la tête fémorale, et d'autres extrémités des os longs en sont parfois le siège.

**Terminaison.** — Le cancer du sein se termine fatalement par la mort. On a bien jadis cité quelques exemples de guérison spontanée de tumeurs encéphaloïdes succédant à la gangrène de ces tumeurs; mais ces faits remontent à une époque où l'on confondait sous ce nom d'encéphaloïde les tumeurs les plus diverses.

Il n'est pas douteux que la mort est la terminaison constante du cancer du sein. Elle est le résultat de la cachexie, celle-ci accélérée par les douleurs qui ne laissent pas de repos aux malades, par les écoulements sanguins et sanieux, par la résorption de produits septiques à la surface de la tumeur ulcérée, etc. La durée moyenne de la survie serait de vingt-sept mois; mais les cas extrêmes offrent des termes absolument dissemblables. C'est ainsi que la mort peut arriver en quelques semaines, dans des cancers encéphaloïdes survenant chez des femmes jeunes, et s'accompagnant de métastases rapides, tandis que certains squirrhes atrophiques peuvent être tolérés sans dommage appréciable pendant dix, quinze et même vingt ans chez des vieilles femmes.

**Diagnostic.** — Le cancer de la mamelle possède des caractères propres et positifs, qui ne permettent guère de le méconnaître. Tout au plus dans une première période, réduit à l'état de simple noyau perdu au sein de la masse glandulaire, pourrait-il être confondu avec un fibrome ou un sarcome. Mais il est rare que déjà le cancer ne se dévoile pas par le fait de sa diffusion, de l'absence nette de ses limites, de son extrême dureté coïncidant avec un état rugueux de sa surface. L'âge de la malade crée une présomption importante.



La tumeur est-elle apparue après quarante ans, il s'agit presque certainement d'un carcinome.

L'accroissement rapide de la tumeur plaide en faveur de sa mauvaise nature, quoique certains sarcomes se comportent de la sorte.

Dès que la masse a acquis un certain volume, l'adhérence à la peau et aux parties profondes, l'adénopathie, enfin les signes d'une tendance envahissante, ne laissent plus de doute sur l'existence d'un cancer.

A la période d'ulcération le diagnostic s'impose le plus souvent. Tout au plus certains sarcomes ou myxomes ulcérés prêteraient-ils à la confusion. Mais dans ceux-ci la peau amincie, décollée, est usée par la tumeur et non envahie par elle; le champignon qui sort à travers l'ouverture n'a aucune connexion avec ses bords. Au contraire, dans le cancer le tégument est épaissi, altéré, et ne fait qu'un avec la masse morbide. Autour de l'ouverture la peau est saine dans le sarcome, elle est adhérente, sillonnée de dépressions, épaissie dans le cancer. Le sarcome, même ulcéré, est libre à sa base vers le thorax; il n'adhère en aucune façon au grand pectoral. Il en est tout autrement pour le cancer. Les ganglions manquent dans le sarcome.

Un diagnostic difficile, qui par bonheur se pose rarement, est celui du squirrhe atrophique d'avec certaines mastites chroniques terminées par sclérose et rétraction de la mamelle. L'absence de l'adénopathie cancéreuse, la longue durée de l'affection jointe aux commémoratifs révélant une mastite puerpérale ancienne, la conservation d'un bon état général, permettent d'éloigner l'idée d'un cancer.

**Traitement.** — Envisagés au point de vue du traitement qui leur convient, les cancers du sein peuvent être divisés en deux grandes catégories :

1° Les cancers opérables et 2° les cancers qu'on ne doit pas opérer. Ces derniers renferment eux-mêmes deux variétés absolument différentes. Ce sont d'abord certains squirrhes atrophiques, à marche exceptionnellement lente, que l'on rencontre chez des personnes âgées (soixante-dix, soixante-quinze ans), tumeurs cantonnées dans la glande mammaire depuis quinze, vingt ans, quelquefois même davantage, ne provoquant pas de douleurs, ni de cachexie, ne s'accompagnant même pas toujours d'engorgement ganglionnaire. La

plupart des chirurgiens sont d'accord pour ne pas y toucher, et cette conduite prudente nous semble devoir être suivie.

Inversement l'opération se trouve contre-indiquée lorsqu'on se trouve en présence de cancers à marche exceptionnellement rapide, se généralisant de très bonne heure aux différents viscères. — Tels sont certains encéphaloïdes survenant chez des femmes très jeunes, certains carcinomes mélaniques. D'autres fois la contre-indication se tire de l'extension locale du mal, cancer ayant dépassé les limites de la région mammaire, en voie de progression constante, envahissant les parties voisines, le squelette, la plèvre, avec extension de l'engorgement ganglionnaire aux ganglions du creux sus-claviculaire, ou bien encore cancer en cuirasse se propageant de proche en proche aux téguments de la cage thoracique.

Le rôle du chirurgien doit se borner en pareille circonstance à rendre moins vives les souffrances parfois atroces auxquelles sont soumises les malades; les injections multipliées de morphine rendent alors de bien grands services.

Mais lorsque ces diverses conditions ne sont pas réalisées, et c'est le cas le plus fréquent, l'intervention opératoire est la règle pour le cancer du sein. — Sans exagérer la valeur des statistiques en pareille matière comme en beaucoup d'autres, les chiffres empruntés à Oldekop, Winiwarter, Sprengel, nous montrent que dans le cas d'abstention la moyenne de la survie n'est guère que de vingt-huit mois, tandis que les mêmes statistiques donnent dix mois de plus de survie post-opératoire. — D'autre part, les dangers que fait courir l'opération, aujourd'hui surtout, avec les méthodes perfectionnées de pansement qui sont à notre disposition, ces dangers, disons-nous, sont peu considérables, et il appartient souvent au chirurgien de les diminuer encore en prenant des précautions de température pour éviter les pleurésies, les pneumonies, qu'il n'est pas rare d'observer après l'opération en raison du refroidissement auquel expose la longueur de l'intervention et la nature des pansements nécessaires.

Quant à l'opération elle-même, elle ne doit plus être faite autrement qu'avec le bistouri.

Toutes les précautions antiseptiques prises, la région axillaire rasée, le champ opératoire soigneusement lavé, le chirurgien circonscrit la tumeur dans une incision elliptique en forme de raquette



plus ou moins allongée dont la queue se trouvera avantageusement dirigée jusque dans l'aisselle suivant le bord inférieur du grand pectoral.

L'incision de la peau terminée, on dissèque la glande mammaire, qu'il faut sans hésiter et toujours enlever dans sa totalité, en ayant soin de ne pas laisser ces lobules erratiques de la glande, siège fréquent de récidives locales; la tumeur isolée de ses connexions avec la peau sera de même séparée attentivement du muscle pectoral, que l'on ne craindra pas d'entamer superficiellement pour ne pas laisser les débris de son aponévrose souvent envahie; enfin l'opération sera terminée par un curage attentif du creux axillaire, curage opéré bien plutôt par *dissection* que par *énucléation*, suivant les recommandations de Kirmisson.

Cette extirpation des ganglions a été poussée beaucoup plus loin; un certain nombre de chirurgiens ont extirpé les ganglions sus-claviculaires; quelques-uns se refusent cependant à faire cette extirpation, car, lorsque ces ganglions sont pris, l'infection a déjà atteint d'autres ganglions inopérables. Les chirurgiens allemands sont allés plus loin encore dans cette voie: Langenbeck a extirpé, avec peu de succès d'ailleurs, en même temps que les ganglions, les muscles, vaisseaux et nerfs de l'aisselle. Esmarch conseille plutôt, dans un cas de ce genre, l'extirpation du membre supérieur; une malade opérée par lui de la sorte a guéri sans récidive.

La seule préoccupation du chirurgien doit être d'enlever toute la glande et de dépasser partout très largement les limites du mal; si la réunion cutanée ne peut ensuite être effectuée complètement, on aura recours au pansement antiseptique ouvert, recommandé dans tous les cas par le professeur Verneuil; si, au contraire, la réunion est possible, elle sera faite suivant les préceptes connus, en donnant un bon écoulement aux liquides par des boutonnières faites au besoin dans les parties les plus déclives. Un vaste pansement compressif avec des substances absorbantes et parfaitement antiseptiques, comme l'ouate de bois au sublimé, enfermant le bras correspondant, est appliqué avec soin et laissé en place le plus longtemps possible. L'état général et la température du malade attentivement observés permettent de se rendre compte des accidents qui pourraient survenir du fait d'une faute involontaire commise contre les règles de l'antisepsie.

Les avis sont fort partagés sur l'influence de la réunion ou de la non-réunion de la plaie au point de vue des récidives; la question n'a

peut-être pas toute l'importance qu'on a voulu lui donner, et la règle de conduite que nous avons indiquée plus haut nous paraît être la meilleure conduite à tenir en pareille circonstance.

Le rôle du chirurgien n'est pas toujours terminé avec la guérison de la plaie; nous avons vu combien sont fréquentes les récidives locales; lorsqu'elle n'évolue pas trop rapidement et qu'elle reste limitée à la région mammaire et à ses ganglions, la poursuite de la récidive s'impose; elle sera faite de la même manière que l'opération première et avec la même prodigalité de tissus. Des opérations répétées plusieurs fois ont ainsi, dans un certain nombre de cas, prolongé la vie, et, ce qui n'est pas à négliger non plus, rendu l'existence plus supportable.

## 2° Tumeurs bénignes ou non carcinomateuses de la mamelle.

Nous avons déjà fait (p. 585) quelques réserves sur la valeur de cette expression: *tumeur bénigne*, appliquée aux néoplasmes dont il nous reste à parler. Nous n'y reviendrons pas.

Au point de vue clinique, on englobe dans cette classe toutes les productions d'origine conjonctive, fibromes, sarcomes, myxomes, dont nous avons étudié plus haut les caractères anatomiques, et aussi les tumeurs épithéliales non diffuses (Labbé et Coyne).

Le *fibrome diffus*, ou mieux, l'hypertrophie générale de la glande mammaire, occupe une place à part dans ces néoplasmes. C'est à peine si cliniquement on peut voir là une véritable tumeur.

Les *fibromes circonscrits* forment des tumeurs généralement de petit volume, souvent multiples, remarquables par la fermeté de leur tissu et leur indépendance relative de la glande mammaire à laquelle les rattachent seulement des pédicules plus ou moins évidents; mais ces caractères appartiennent à toutes les tumeurs d'origine conjonctive, à l'état jeune: fibrome, myxome et sarcome, et aux épithéliomes eux-mêmes tant qu'ils sont circonscrits. Il est impossible de différencier cliniquement ces diverses productions; le diagnostic sera toujours soumis à une confirmation ou à une rectification anatomique.

On peut réserver, toujours au point de vue clinique, le nom de *sarcome* ou *fibro-sarcome* du sein à des tumeurs plus volumineuses, qui souvent tendent à se développer assez rapidement. Histologi-



quement il s'agira parfois de volumineux fibromes, ou même de myxomes; mais ici il y aura lieu d'établir un certain nombre de divisions fort importantes.

Nous décrirons donc, sous le bénéfice de ces diverses réserves :

- 1° Le fibrome diffus ou hypertrophie générale de la mamelle;
- 2° Les tumeurs petites dont le fibrome circonscrit est le type;
- 3° Les sarcomes ou fibro-sarcomes du sein.

a. — *Fibrome diffus. — Hypertrophie générale de la mamelle.*

Le fibrome diffus, éléphantiasis de la mamelle, hypertrophie simple, n'est pas une maladie fréquente, elle occupe le plus souvent les deux seins; on a cependant observé des cas où une mamelle était envahie isolément.

L'hypertrophie mammaire débute ordinairement d'une manière insidieuse et sans douleurs, soit au moment de la puberté, soit plus tard, vers trente ou quarante ans assez souvent chez des femmes non mariées. On se borne à dire en général que la femme *prend de la gorge*.

Le début est quelquefois différent, l'invasion se fait par poussées aiguës avec fièvre, *hypertrophie aiguë de Fingerhuth*; l'augmentation de volume pourrait se produire avec une rapidité extrême, en une nuit même (Durston).

Les seins prennent bientôt des dimensions extraordinaires en même temps qu'ils fournissent une sensation de fermeté et de dureté inusitées; plaqués au début et dans certaines formes pendant longtemps contre la paroi thoracique, les globes mammaires deviennent plus tard pendants, comme flétris; les mamelles tendent à se pédiculiser, et descendent comme une besace au-devant de l'abdomen, jusqu'au pubis, jusqu'aux genoux. On a vu des seins peser 4, 8, 12, 16 et jusqu'à 50 livres. Les énormes tumeurs ainsi constituées sont supportées par un étroit pédicule cutané, sillonné d'énormes veines bleuâtres, et présentent du reste tous les caractères extérieurs des mamelles; le mamelon est le plus souvent effacé, l'aréole élargie; la peau hypertrophiée ne permet pas de sentir nettement les lobes glandulaires augmentés de volume.

On conçoit bien qu'un pareil développement ne se produit pas sans

déterminer une tension douloureuse, accompagnée le plus souvent d'élançements, de piqûres, de brûlure. Certaines malades se plaignent d'une fatigue, d'une lassitude extrême, et semblent succomber sous le fardeau qu'elles supportent continuellement.

Si dans certains cas la maladie ne s'accompagne d'aucun phénomène fonctionnel, on la voit aussi déterminer des troubles menstruels importants, de la dysménorrhée, des métrorrhagies. On a signalé quelquefois de la raucité de la voix. Les mouvements du thorax et de l'abdomen sont gênés à un certain degré; la santé générale finit par s'altérer; il survient finalement un certain degré de marasme qui prédispose à la tuberculose, à la pneumonie, tandis que localement on peut voir se produire d'autres complications: des abcès du sein, la gangrène d'une partie plus ou moins considérable de la glande hypertrophiée.

La marche de la maladie est progressive; parfois stationnaire à certains moments, elle évolue dans d'autres circonstances avec une grande rapidité; la grossesse exerce dans ce sens une influence particulièrement nocive, quoi qu'en aient écrit Velpeau et d'autres auteurs.

La durée totale de la maladie est fort variable: depuis quelques mois jusqu'à plusieurs années; tantôt elle cède aux traitements qui lui sont imposés, tantôt elle rétrocede spontanément par un processus de rétraction déjà décrit à l'anatomie pathologique de cette curieuse affection. La mort peut être la conséquence de la gangrène partielle de la tumeur.

Le diagnostic de l'affection ne présente pas de difficultés et nous ne croyons pas qu'on puisse la confondre avec un squirrhe ou un adénome quelconque.

**Traitement.** — Les préparations médicales n'ont produit aucun effet dans la plupart des cas; seul peut-être l'iodure de potassium associé à une compression bien faite a donné parfois de bons résultats. — Le mariage ne doit pas être conseillé, bien qu'on lui ait rapporté au moins une fois la diminution de la mamelle sous l'influence de plusieurs grossesses (Benoit, de Montpellier, 1877). — En cas d'insuccès et d'hypertrophie énorme à marche progressive, c'est à l'extirpation que l'on aura recours; elle a donné, dans le cas célèbre de Manec et dans bon nombre d'autres faits, des résultats satisfaisants.



b. — *Fibromes circonscrits, ou petites tumeurs adénoïdes.*

**Symptômes et diagnostic.** — Les fibromes circonscrits qui forment le plus grand nombre de ces tumeurs peuvent être pris pour type de la description. Ce sont des masses arrondies, à surface lisse, souvent multiples, qui occupent généralement la périphérie de la glande. On peut dire que leurs symptômes sont négatifs, en ce sens qu'ils sont tout l'opposé des symptômes du cancer : isolement facile de la glande à laquelle ils sont rattachés par un simple pédicule, absence d'adhérence avec la peau et avec les parties profondes, tendance à persister indéfiniment sous cette forme sans s'accroître notablement, absence d'adénopathie.

Les seuls caractères positifs qu'on leur reconnaisse sont de se développer dans un âge peu avancé, de préférence entre quinze et trente ans, et de devenir plus sensibles au moment de la menstruation. En temps ordinaire, ces tumeurs restent indolentes; cependant, chez quelques personnes nerveuses, elles sont le point de départ de véritables névralgies. La description qui précède convient parfaitement aux petits sarcomes, aux myxomes encore peu développés et aux épithéliomas circonscrits. Les fibromes circonscrits sont plus communs que les autres tumeurs; mais, en définitive, l'examen anatomique seul permet de faire un diagnostic certain. Il est vrai que l'évolution, dans le cas de myxome ou de sarcome, serait probablement différente si on laissait la tumeur évoluer librement. Mais on n'a pas l'occasion d'observer des faits de ce genre, car, en règle générale, toutes les tumeurs de la mamelle sont opérées de bonne heure.

Le **traitement** des tumeurs adénoïdes consiste dans l'extirpation de ces tumeurs. Il faut préférer à la simple énucléation l'ablation partielle de la glande mammaire, la résection d'un segment triangulaire dans lequel se trouve compris le néoplasme.

On a aussi conseillé ici la compression, et celle-ci semble avoir donné quelquefois de bons résultats; mais ce mode de traitement est long, difficile à supporter, et il est possible que, convenant au fibrome, par exemple, il n'ait aucune efficacité contre telle autre tumeur que nous confondrons fatalement avec lui.

c. — *Sarcomes et fibro-sarcomes de la mamelle.*

Au point de vue clinique, cette dénomination convient aux tumeurs non carcinomateuses, que leur tendance à un accroissement rapide et le volume qu'elles ont atteint au moment où on les observe séparent des petits fibromes. Leur type se trouve dans le sarcome proprement dit, tumeur assez rare si l'on compare sa fréquence à celle du carcinome. Nous viserons donc surtout le sarcome dans la description qui va suivre.

**Étiologie.** — C'est entre trente et cinquante ans que la tumeur apparaît le plus souvent. D'après Labbé et Coyne, elle succède dans la moitié des cas à un fibrome plus ou moins ancien; mais il semble difficile d'affirmer la nature exacte du néoplasme précurseur.

On ne connaît rien de certain touchant l'influence qu'il faudrait prêter aux troubles de la menstruation, au mariage ou au célibat, à la grossesse, ni même aux traumatismes, quoique Gross trouve cette cause indiquée dans ses tableaux une fois sur sept.

**Symptômes et diagnostic.** — *Les signes objectifs du sarcome du sein sont encore, par bien des côtés, purement négatifs*, en ce sens que le chirurgien, toujours préoccupé de savoir avant tout s'il a affaire à une tumeur maligne ou non, commence par constater que la plupart des caractères du cancer sont absolument défaut.

La tumeur, même arrivée à un développement notable, laisse intacte le plus souvent une portion de la glande mammaire que l'on trouve à côté d'elle, refoulée mais non envahie; le mamelon n'est pas rétracté. La peau soulevée, distendue, amincie parfois, n'est pas adhérente à la masse qu'elle recouvre; celle-ci est parfaitement mobile sur les parties profondes. L'adénopathie fait encore ici défaut.

La *consistance de la tumeur, l'état de sa surface, constatés au moyen de la palpation*, varient beaucoup suivant la période à laquelle on l'observe, suivant la variété de tumeur dont il s'agit (sarcomes mous ou sarcomes durs, myxomes, etc.), suivant que la masse renferme ou non des lacunes ou des kystes plus ou moins considérables (*fibro-sarcomes kystiques*). La plupart du temps on trouve des bosselures notables, de consistance inégale.

L'*écoulement par le mamelon* d'un liquide séreux ou séro-sanguin est assez fréquent. On ne s'en étonnera pas si l'on se reporte



à la description anatomique des fibromes et des sarcomes de la mamelle.

Une *douleur* modérée, mais notable, accompagne le développement rapide de ces tumeurs, ainsi qu'un certain degré de fièvre. Il est à peu près impossible d'établir un diagnostic clinique entre le sarcome, les fibromes et les myxomes volumineux.

**Marche.** — Les tumeurs que nous étudions ici sont histologiquement de nature très diverse. Il ne faut donc pas compter que l'on pourra prévoir sûrement à l'avance la marche que suivra un de ces néoplasmes donnés. Quelques-uns (fibromes, myxomes, sarcomes fasciculés) s'accroissent plus ou moins lentement, atteignent des dimensions considérables avant d'amener la destruction de la peau, et n'ont aucune tendance à la formation de métastases; d'autres, ce sont surtout les sarcomes à petites cellules (sarcomes encéphaloïdes), se développent rapidement et infectent l'économie aussi rapidement, sinon plus, que le pire des cancers. On voit alors, sans que les ganglions axillaires soient pris, le plus souvent, se développer des tumeurs secondaires dans les viscères et surtout dans les os.

Mais ces sarcomes infectants sont heureusement assez rares. Le plus souvent les gros sarcomes de la mamelle, les fibro-sarcomes kystiques en particulier, ne présentent pas une gravité pareille.

Par suite de leur développement excessif, ils distendent à l'excès la peau sur quelque point, l'amincissent et finissent par amener la gangrène. A travers la perte de substance, dont les bords décollés ne font nullement corps avec la tumeur, sortent de gros bourgeons, qui saignent facilement et entre lesquels se voient souvent de larges lacunes. En pressant sur la tumeur on fait sourdre dans ce cas, par la plaie, un liquide séreux abondant qui vient du fond des lacunes dont l'extrémité se trouve ainsi mise à jour.

Le **pronostic** de ces tumeurs oblige à quelques réserves, comme on peut le conclure de ce qui précède.

Il n'y a pas d'autre traitement que l'ablation totale de la mamelle. Les récidives seront à craindre dans les formes globo-cellulaires du sarcome.

## CHAPITRE IV

### TUMEURS DU SEIN CHEZ L'HOMME

L'état rudimentaire de la glande mammaire chez l'homme rend facilement compte de la rareté relative des tumeurs du sein dans le sexe masculin. — Cependant on a retrouvé là toutes les variétés observées chez la femme ou presque toutes. Les caractères de ces tumeurs sont peu différents dans les deux sexes. Nous devons donc nous borner à quelques observations sommaires.

Un certain nombre de travaux ont été publiés sur ce sujet; parmi les plus importants nous citerons : la thèse de concours d'Horteloup, 1862, la thèse de Chenet, 1876, et celle plus récente de Poirier, 1885, à laquelle nous emprunterons la plupart des renseignements qui suivent.

Avant d'aborder l'étude des tumeurs, une courte mention doit être consacrée à l'*hypertrophie*, au développement exagéré de la glande mammaire chez l'homme, affection encore désignée sous le nom de *gynécomastie*. — Le sein hypertrophié offre le plus souvent le volume et l'aspect du sein de la jeune fille; tantôt cette hypertrophie est simplement due au développement de la graisse mammaire (J. Cloquet), tantôt il y a sans doute hypertrophie glandulaire, car on observe une véritable sécrétion lactée. La gynécomastie est d'ailleurs congénitale ou acquise; elle est encore unilatérale ou bilatérale.

Le point le plus intéressant de son histoire réside dans sa coïncidence avec l'atrophie d'un ou des deux testicules, avec la castration (Gaillet, de Reims) ou certaines orchites de l'adolescence (Lereboullet), surtout les orchites ourliennes; dans ce cas, la gynécomastie s'accompagne de l'ensemble symptomatique qu'on désigne sous le nom de *fémminisme*.

Les tumeurs du sein chez l'homme sont *benignes* ou *malignes*. Les *tumeurs benignes* sont rares et mal connues, surtout les adénomes et les fibromes; on a observé un certain nombre de *kystes*, les uns séreux, les autres laiteux (Velpeau), d'autres encore peuvent être dermoïdes ou sébacés.