

cancer mammaire proprement dit, la question ne se pose même pas, puisque les prétendues coccidies n'y ont pas été rencontrées.

Je n'ai parlé jusqu'ici que de l'opinion qui consiste à considérer l'ulcération de la maladie de Paget comme étant d'une nature spéciale. Je dois ajouter qu'on l'a regardée comme étant dès le début cancéreuse. Il est vrai que l'ulcération peut devenir l'origine d'un épithéliome cutané; mais à son début elle n'en a pas les caractères. Les altérations histologiques, la lenteur de l'évolution, l'absence constante d'engorgement ganglionnaire permettent d'affirmer qu'il ne s'agit pas primitivement d'un épithéliome.

En somme, l'ulcération de la maladie de Paget n'est certainement pas au début un épithéliome. Il n'est pas démontré qu'elle soit d'une nature spéciale. D'autre part, la relation entre l'ulcère et le cancer glandulaire profond n'est pas évidente. On peut donc se demander s'il ne s'agit pas de simple coïncidence, et par suite si la maladie de Paget a une existence réelle.

On comprend qu'en présence de ces incertitudes je ne cherche pas à donner de caractères qui permettent de distinguer l'ulcération de la maladie de Paget, de l'eczéma. Toutes les ulcérations chroniques et rebelles, qui présentent les caractères que j'ai indiqués plus haut, doivent être tenues pour équivalentes jusqu'à nouvel ordre. Au point de vue clinique, ce qu'il faut faire quand on trouve une ulcération de ce genre, c'est d'examiner soigneusement toute la glande et les ganglions pour voir s'il n'y existe pas quelque tumeur.

Le traitement présente une grande importance. Si nous en croyons Wickham⁽¹⁾, en Angleterre, « aussitôt le diagnostic fait, les chirurgiens n'hésitent pas à amputer, quel que soit le degré des lésions superficielles, n'y eût-il pas la moindre apparence de transformation maligne ». Cette manière de faire me paraît tout à fait condamnable. Tant que le cancer ne s'est pas développé, on n'a pas le droit d'amputer, parce qu'on n'est pas sûr qu'il se développera. En tout cas, si l'on se décidait à faire l'ablation du sein, ce ne pourrait être que sous la pression de quelque symptôme pénible, et non pas pour éviter un cancer, qui peut très bien ne jamais survenir.

Ce qu'il faut soigner, c'est l'ulcération : malheureusement elle est très rebelle; et, si l'on arrive à l'améliorer, on n'arrive guère à la guérir complètement. Le traitement qui paraît donner le meilleur résultat, c'est celui que Darier a employé. La malade a été tellement améliorée, qu'on peut admettre qu'avec un peu plus de docilité et de persévérance elle eût été complètement guérie. Ce traitement consiste en applications d'une solution caustique de chlorure de zinc au tiers, puis d'emplâtre de Vigo, alternant avec une pommade à l'iodoforme au vingtième. Si ce traitement échouait, je pense qu'il faudrait faire l'ablation de la surface ulcérée, et combler la perte de substance par une autoplastie.

(1) WICKHAM, *loco citato*, p. 163.

CHAPITRE IX

TUMEURS DE LA MAMELLE (1)

La mamelle est le champ de prédilection des néoplasmes. Ce sont les tumeurs de cet organe qui ont été le plus, sinon le mieux étudiées, et cependant les premières ébauches de classification sont de date relativement récente. Jusqu'au commencement de ce siècle, toutes les tumeurs du sein sont considérées comme malignes : ce sont, comme dit Ledran, « les cancers qui se forment aux mamelles des femmes ». Astley Cooper, le premier, a séparé des cancers tout un groupe de tumeurs moins graves, à évolution bénigne, qu'il a appelées tumeurs mammaires chroniques. Velpeau a contribué à répandre cette doctrine fondamentale au point de vue clinique, qu'il existe deux groupes de tumeurs, les unes bénignes, les autres malignes, et, à l'heure actuelle, bien qu'on ait fait sur beaucoup de points d'énormes progrès, on peut dire qu'elle est encore la base de nos connaissances sur ce sujet.

En simplifiant les faits et en se plaçant au point de vue purement clinique, on peut dire qu'on rencontre dans la mamelle trois grandes variétés de tumeurs. Les unes ont pour caractère essentiel d'être nettement circonscrites, très mobiles, indépendantes du reste de la glande, de ne pas envahir les parties voisines, de ne pas infecter les ganglions, de ne pas récidiver quand on les a enlevées : ce sont les tumeurs bénignes. Les autres, mal limitées, adhérentes au reste de la glande, confondues avec elle, envahissent rapidement les tissus voisins, infectent les ganglions, récidivent, se généralisent : ce sont les tumeurs malignes, les cancers. Entre les deux se place une variété qui se rapproche des premières au début de son évolution et des secondes à la fin : ce sont les sarcomes.

Les tumeurs malignes, les cancers, sont à tous les points de vue les mieux connues des tumeurs du sein. Je serai très bref sur leur histoire. Cliniquement elles forment un groupe bien uni; mais il s'agit de savoir si cette unité clinique correspond à une unité anatomo-pathologique. Sous le microscope, en s'en tenant aux types les plus tranchés, on peut distinguer deux formes, l'épithéliome et le carcinome. L'épithéliome a, comme son nom l'indique, une origine épithéliale; en est-il de même pour le carcinome?

Robin et Cornil avaient reconnu, il y a longtemps, l'origine épithéliale du carcinome. Mais vinrent les travaux de Virchow soutenant l'origine de cette variété de tumeur aux dépens du tissu conjonctif. Ces travaux, si puissants à d'autres points de vue, eurent un immense retentissement : ils entraînent tous les esprits et, pendant un temps, la doctrine de l'origine conjonctive du carcinome a régné sans conteste. On admettait que l'expression de cancer n'avait qu'une valeur purement clinique, et qu'elle correspondait à deux espèces

(1) Pour rédiger ce chapitre, particulièrement ce qui concerne l'anatomie pathologique, je me suis servi d'un certain nombre de préparations que j'avais faites, et d'un très grand nombre d'autres qui ont été libéralement mises à ma disposition par mes maîtres et mes amis. Je dois des remerciements particuliers pour les préparations qu'ils m'ont prêtées, à MM. Albarran, Brault, Cazin, Cornil, Latteux, Launois, Pilliet, Rémy et Suchard.

anatomopathologiques très différentes, l'épithéliome d'origine épithéliale, le carcinome d'origine conjonctive. Il a fallu les patientes recherches et les beaux travaux de Thiersch, Waldeyer, Hermann et Tourneux, Malassez, pour ramener peu à peu les histologistes et les chirurgiens à la doctrine vraiment française, que Robin n'avait jamais cessé de soutenir, celle de l'origine épithéliale du carcinome. Aujourd'hui l'accord est fait ou bien près de se faire; les dissidents deviennent chaque jour plus rares. On admet que les cellules dites cancéreuses, qui remplissent les alvéoles du carcinome, sont des cellules épithéliales, qui ont pénétré dans les lacunes du tissu conjonctif, c'est-à-dire que le carcinome n'est qu'un épithéliome infiltré. Donc au groupe clinique des tumeurs franchement malignes, des carcères, correspond une espèce anatomique, les tumeurs d'origine épithéliale (1), comprenant d'ailleurs d'infinies variétés.

Sur les tumeurs bénignes, nos connaissances sont bien moins avancées. Les discussions ont été et sont encore nombreuses.

Velpeau a développé la doctrine clinique de Cooper, et il a même cherché à montrer qu'il l'avait conçue à peu près en même temps que ce chirurgien. Il a donné des tumeurs bénignes une description clinique presque parfaite, mais la mobilité extrême de ces tumeurs l'a conduit à cette étrange conception, qu'elles étaient absolument indépendantes de la glande mammaire. Il les a considérées d'abord comme dues à l'organisation de sang épanché, à des concrétions lymphatiques, et appelées pour cette raison *tumeurs fibrineuses*. Puis, quand Lebert lui eut montré que ces prétendues tumeurs fibrineuses contenaient des éléments glandulaires, il leur a donné le nom de *tumeurs adénoïdes*, mais sans modifier son opinion sur leur origine. Il a simplement admis que les produits hématiques, par une sorte d'influence de contact, tendaient à prendre en s'organisant la structure des éléments voisins.

Les thèses de Nélaton et de Bérard n'ajoutent rien aux connaissances sur ce sujet. Mais bientôt paraît le mémoire de Cruveilhier (2). Cruveilhier décrit des tumeurs qui correspondent certainement, bien qu'il s'en défende, à la tumeur mammaire chronique de Cooper. Il a bien vu leur bénignité et reconnu leurs rapports avec la glande, mais le point important de son mémoire, c'est qu'il considère ces tumeurs comme des fibromes et les cavités kystiques dont elles sont fréquemment creusées comme des géodes, comparables à celles des fibromes utérins. Ces deux notions ont été désastreuses par leurs conséquences.

Le mémoire de Cruveilhier fut présenté à l'Académie, et la longue discussion, souvent très âpre, à laquelle prirent part Blandin, Gerdy, Roux, Amussat, Bérard, Lisfranc, fut complètement stérile. Roux me paraît avoir le mieux mesuré l'importance du mémoire de Cruveilhier, lorsqu'il s'est écrié : « Dire qu'il se forme dans le sein des tumeurs fibreuses, c'est dire seulement qu'il convient de nommer fibreuses et de considérer comme telles des tumeurs déjà bien observées, connues et décrites sous d'autres noms ». En effet, à bien prendre les choses, le mémoire de Cruveilhier n'était qu'une tentative d'explication anatomopathologique de faits connus cliniquement depuis Cooper.

Jusqu'à l'étude clinique avait donné d'importants résultats; le microscope

(1) Le mot épithélioma a été employé par Deffaux et Malassez dans un sens très vaste. Je ne me rallie pas à cette nomenclature, parce qu'elle est en complet désaccord avec la clinique, et qu'elle conduit à ranger dans les épithéliomes les adénomes que je considère comme de simples produits inflammatoires.

(2) CRUVEILHIER, *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. IX, p. 330.

rien. Avec Lebert, les recherches histologiques arrivent à un haut degré de perfection. Dans une série de mémoires dont le plus complet a été inséré dans les *Bulletins de la Société anatomique de 1850* (1), il montre que les tumeurs décrites par Cooper sous le nom de tumeurs mammaires chroniques, par Cruveilhier sous celui de corps fibreux, par Velpeau sous le nom de tumeurs fibreuses, puis adénoïdes, par Abernethy sous celui de sarcomes, par Müller sous celui de cysto-sarcome, sont des *hypertrophies partielles* de la glande. On a beaucoup attaqué la doctrine de Lebert, en disant, ce qui est vrai, que l'hypertrophie partielle véritable de la mamelle n'existe pas. Mais cela prouve qu'on s'est plus attaché au mot qu'il a employé qu'aux idées qu'il a défendues; car il dit (2) : « L'hypertrophie peut porter essentiellement sur les lobules de la glande, ce qui lui donne une forme grenue; lorsqu'elle occupe de préférence les lobes, elle est plus largement lobulée : porte-t-elle à la fois sur l'élément glandulaire et la portion fibreuse, son action devient plus homogène; lorsqu'elle affecte de préférence le tissu fibreux, à l'exclusion de l'élément glandulaire, l'aspect du tissu peut aller jusqu'à celui du tissu fibro-colloïde ». Il est hors de doute que Lebert n'a pas cru à l'hypertrophie vraie; il a très bien vu que, suivant les cas, le développement de tel ou tel tissu prédomine, et il a eu surtout pour but de soutenir l'origine glandulaire de ces tumeurs, contrairement à Cruveilhier qui leur attribuait une origine conjonctive, contrairement à Velpeau qui les faisait provenir du sang épanché.

Le travail de Lebert, tant décrié, constituait donc un véritable et réel progrès et il a été fécond par ceux qu'il a inspirés.

Broca (3) développe les idées de Lebert. Les adénomes sont le type des tumeurs hypertrophiques. Il en reconnaît deux variétés : l'une dans laquelle le stroma conjonctif prédomine, l'autre caractérisée par le développement plus considérable de l'élément glandulaire. A ces constatations anatomopathologiques il ajoute une idée doctrinale, la conception de l'*organule spécifique*. Comme on avait avant lui cherché à caractériser les tumeurs malignes par un élément spécifique, la cellule cancéreuse, il cherche à caractériser les tumeurs bénignes non plus par un élément, mais par un organe ou un organule spécifique, l'acinus. La néoformation d'acini devient la caractéristique de l'adénome. Verneuil s'est rangé à l'opinion de Lebert; il a étudié les adénomes de diverses régions, et pour ce qui est de la mamelle il a montré plusieurs fois le pédicule qui relie la tumeur à la glande.

Plus récemment Cadiat (4) a énergiquement défendu l'origine glandulaire des tumeurs bénignes et la doctrine de l'organule spécifique.

On voit qu'en France Cruveilhier et Velpeau mis à part, on tendait, c'est le fait capital, à considérer les tumeurs bénignes du sein comme ayant une origine glandulaire (5).

En Allemagne c'est la tendance contraire qui s'est constamment manifestée.

(1) Page 11.

(2) *loco citato*, p. 15.

(3) BROCA, art. ADÉNOME du *Dictionn. encyclop. des sciences méd.*, et *Traité des tumeurs*.

(4) CADIAT, *Étude sur l'anatomie normale et les tumeurs du sein chez la femme*. Paris, 1875, et *Journal d'anat. et de phys.*, 1874, p. 185.

(5) Paget (*Lect. on surg. pathol.*) s'occupe surtout des kystes par lesquels il veut tout expliquer. Birkett a aussi les kystes principalement en vue. Pour ne pas embrouiller davantage cet historique déjà suffisamment compliqué, je laisse de côté ces travaux, aussi bien que ceux de Broca et de Verneuil en ce qui concerne les kystes.

Müller⁽¹⁾, le premier, désigne ces tumeurs sous les noms de *cysto-sarcome phyllode* ou *prolifère*. Dans ce nom complexe il faut voir deux choses, la constatation de la fréquence des kystes et, d'autre part, l'affirmation de l'origine conjonctive (sarcome) de ces tumeurs. Reinhardt⁽²⁾, Meckel⁽³⁾ complètent ces données. Ils arrivent à bien montrer que les kystes sont dus à des dilatations glandulaires, fait important; mais, comme Müller, ils admettent l'origine conjonctive de ces tumeurs. Virchow, dans son admirable *Traité des tumeurs*, porte cette doctrine à ses extrêmes limites. Il admet l'origine conjonctive de la majorité des tumeurs du sein, et c'est dans les chapitres des fibromes, des myxomes, des sarcomes, qu'on les trouve décrites. L'influence des travaux de Virchow a été énorme. En Allemagne on n'a guère fait que répéter ses conclusions. En France, Cornil et Ranvier, Labbé et Coyne admettent l'origine conjonctive des tumeurs bénignes, et Monod⁽⁴⁾ conclut en parlant d'elles : « Il faudra, en un mot, les considérer comme des fibromes, sarcomes ou myxomes du sein, et non comme des adénomes plus ou moins transformés ». Billroth, sans prendre très nettement parti dans le débat, fait cependant jouer un rôle important à l'élément glandulaire.

En résumant la question et en essayant de rapprocher la clinique de l'anatomie pathologique, ce qui doit être l'effort constant du médecin et du chirurgien, on peut dire : cliniquement on distingue dans le sein : 1° des tumeurs bénignes; 2° des tumeurs franchement malignes; 3° entre les deux, des tumeurs d'une malignité moindre, un peu particulière, qui se rapprochent certainement plus des tumeurs bénignes que des tumeurs malignes.

Anatomiquement les tumeurs malignes comprennent des variétés nombreuses, épithéliome acineux, épithéliome tubulé, épithéliome infiltré ou carcinome, mais toutes sont d'origine épithéliale, et par conséquent de même espèce.

Pour les tumeurs bénignes, l'accord n'est pas fait. Cruveilhier, Abernethy, Müller, Reinhardt, Meckel, Virchow, Cornil et Ranvier, Monod, Labbé et Coyne ont soutenu et soutiennent l'origine conjonctive, et en font des fibromes, des myxomes, des sarcomes. Au contraire, Lebert, Broca, Verneuil, Cadiat les considèrent comme d'origine glandulaire.

Je discuterai surtout ces théories en étudiant chaque forme de tumeur. Mais auparavant, afin de permettre de comprendre plus facilement la suite, je vais indiquer quelles sont les causes qui rendent si difficile l'interprétation de ces tumeurs et qui ont permis de soutenir pour les mêmes faits des opinions diamétralement opposées; je vais montrer le substratum concret de cette discussion restée jusqu'à présent purement abstraite.

Ce qui fait l'extrême difficulté de l'interprétation des tumeurs bénignes, c'est qu'elles ne présentent jamais des types purs. On y trouve toujours deux espèces d'éléments : les uns conjonctifs, les autres glandulaires. Or il s'agit de savoir quelle relation il y a entre la prolifération de ces deux éléments. Si l'on admet que l'élément glandulaire prolifère le premier de manière à produire des formations qui rappellent les acini, on est conduit à la doctrine de l'adénome. Si l'on suppose au contraire que l'élément conjonctif entre le premier en jeu et que les altérations glandulaires sont secondaires, d'ordre réactionnel,

(1) MÜLLER, *Ueber den feineren Bau der Geschwülste*, 1858.

(2) REINHARDT, *Pathol.-anat. Untersuchungen*. Berlin, 1852.

(3) MECKEL, *Illustr. med. Zeitung*, 1852, p. 141.

(4) MONOD, *Arch. gén. de méd.*, janvier 1875.

on arrive à la doctrine de l'origine conjonctive des tumeurs bénignes. Enfin, on peut admettre encore que les deux éléments sont simultanément frappés et qu'il s'agit en somme de tumeurs mixtes dès l'origine.

On voit que, dépouillée de ses détails, la question est fort simple à énoncer et à comprendre. Mais il n'est pas pour cela plus facile de la trancher.

La théorie conjonctive, en faveur de laquelle je ne connais aucun argument péremptoire, se heurte à de véritables difficultés anatomiques.

1° Elle n'explique pas la présence à peu près constante de culs-de-sac glandulaires au milieu même des tumeurs. En effet, les tumeurs bénignes ne progressent pas par envahissement : leur développement est dû à la prolifération de leurs éléments propres. Par suite, une tumeur de ce genre, si elle avait une origine purement conjonctive, devrait repousser les éléments glandulaires à la périphérie au lieu de les incorporer.

2° Elle n'explique pas le nombre des éléments glandulaires qu'on rencontre dans ces tumeurs. Ces éléments sont toujours en quantité considérable; or, on sait aujourd'hui que les acini existent à peine dans la mamelle en dehors de la grossesse et de la lactation. On est donc obligé d'admettre qu'il y a une néoformation glandulaire. Dire que cette néoformation est d'ordre réactionnel, c'est faire une supposition absolument gratuite.

3° Elle n'explique pas la formation des kystes. Pour les petits kystes, les partisans de la théorie conjonctive prétendent que le tissu conjonctif, en se développant, tire les éléments glandulaires et les agrandit par traction, alors qu'il est de toute évidence que la prolifération du tissu conjonctif, au lieu d'agrandir les culs-de-sac glandulaires, devrait les comprimer et les effacer. Pour les grands kystes, ils déclarent qu'ils se forment par rétention, c'est-à-dire qu'ils supposent que la sécrétion d'une glande (qui ne sécrète rien en dehors de la lactation) aura assez de puissance pour écarter le tissu dur et résistant d'un fibrome, alors que la rétention, même dans une mamelle qui sécrète et dont le tissu est relativement souple, est incapable d'amener la formation d'un kyste⁽¹⁾.

4° Elle n'explique pas la fréquence des tumeurs bénignes. Les tumeurs bénignes du sein sont incomparablement plus fréquentes que les fibromes qu'on observe dans les autres régions du corps. Or, il y a dans la mamelle deux éléments, l'un glandulaire, l'autre conjonctif. Comment admettre que le tissu conjonctif, qui ne diffère pas là de ce qu'il est ailleurs, devienne si fréquemment l'origine de tumeurs alors qu'il en engendre si peu dans les autres régions? Quand une tumeur se développe avec prédilection dans un organe, n'est-il pas rationnel d'en chercher l'origine dans ce que cet organe a de particulier? Or ce qu'il y a de particulier dans la mamelle, c'est l'élément glandulaire et non le tissu conjonctif.

Pour toutes ces raisons, je crois que l'immense majorité des tumeurs bénignes du sein ont une origine glandulaire, et qu'elles rentrent dans la classe des adénomes. J'ai cherché à montrer ailleurs que les adénomes ne sont pas de véritables néoplasmes, mais des produits inflammatoires et j'en ai fait une classe à part, celle des paraplasmés organoïdes⁽²⁾. Comme la réaction conjonctive qui se produit autour des éléments glandulaires est variable, j'ajouterai au mot

(1) Voy. le *Galactocèle*.

(2) *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. I.

adénome un qualificatif destiné à indiquer la nature de cette réaction. Nous aurons ainsi des adénofibromes, des adénomyxomes, etc.

Bien que les tumeurs bénignes ordinaires du sein soient des adénomes, ce n'est pas à dire que les tumeurs purement conjonctives n'existent pas dans la mamelle. Elles peuvent se développer là comme partout ailleurs, et la manière dont elles se comportent est justement une preuve, peut-être la plus convaincante, qu'on puisse donner, de l'origine glandulaire des tumeurs ordinaires. Elle permet de constater directement la valeur d'un des arguments que je viens d'exposer. En effet, par leur développement, les fibromes et les sarcomes purs étouffent l'élément glandulaire, qui disparaît devant elles. Les tumeurs purement conjonctives existent donc bien, mais elles ne sont pas plus fréquentes dans le sein qu'ailleurs, et, relativement au nombre des tumeurs bénignes ordinaires (adénofibromes, etc.), on peut dire qu'elles sont exceptionnelles.

J'aurai donc à décrire :

- 1° Des fibromes et des sarcomes purs, *formes rares*;
- 2° Des adénomes, adénofibromes, adénomyxomes, adénosarcomes, *formes communes*;
- 3° Des tumeurs épithéliales : épithéliomes, carcinomes.

I

FIBROMES ET SARCOMES PURS — LYMPHADÉNOMES

On a distingué deux variétés de fibromes du sein, les fibromes diffus et les fibromes circonscrits; pour les fibromes diffus, je renvoie au chapitre consacré à l'hypertrophie de la mamelle, et je ne m'occuperai ici que des fibromes circonscrits.

Les fibromes purs sans prolifération de l'élément glandulaire sont des raretés pathologiques. Billroth, Cornil et Ranvier n'en signalent pas (1). Je n'en ai jamais vu, et, parmi les nombreuses préparations qui ont été mises à ma disposition, je n'ai pu en découvrir un seul exemple. On voit assez souvent sur la même pièce, en certains points, une hypertrophie manifeste des culs-de-sac glandulaires qui deviennent kystiques, tandis qu'en d'autres points les éléments glandulaires sont manifestement comprimés et en voie d'atrophie. Les pièces de ce genre ne sont pas rares, mais ce ne sont pas des fibromes purs : ce sont des adénofibromes dont j'indiquerai plus tard l'évolution. Les fibromes vraiment purs, ceux qui ne contiennent pas d'élément glandulaire en voie de prolifération, sont des fibromes fasciculés, qui ne présentent rien de spécial. Au point de vue clinique, ils ne diffèrent pas des adénofibromes, si ce n'est peut-être en ce que leur surface est plus lisse et plus régulière.

Les sarcomes purs de la mamelle sont beaucoup moins rares que les fibromes. Mais il est impossible d'apprécier leur fréquence par rapport aux adénosarcomes. La statistique de Gross (2), qui comprend 156 cas, ne fournit pas de renseigne-

(1) Cecil Beadles en a observé un cas chez un homme. Mais la tumeur qui, cliniquement, paraissait mammaire, avait très probablement débuté dans le grand pectoral.

(2) Gross, *Amer. Journal of med. sciences*, 1887, t. XCIV, p. 17.

ments sur ce sujet. Au point de vue anatomique, ils ne diffèrent pas des sarcomes des autres régions. Ce sont des tumeurs d'abord encapsulées, qui se développent d'une manière assez rapide, puis forcent leur capsule, la détruisent et deviennent alors diffuses. Les variétés histologiques en sont nombreuses. Billroth a vu un sarcome médullaire qui contenait des fibres musculaires striées, un lymphosarcome qui s'était développé d'une manière très rapide dans les deux mamelles chez une femme enceinte. Il donne aussi l'observation d'un mélanosarcome alvéolaire dont l'analyse histologique présentait de grandes difficultés, et qu'il avait considéré d'abord comme un mélange de sarcome et de carcinome. Enfin il a observé un fait très remarquable de sarcome alvéolaire dans lequel les alvéoles sont uniquement remplis de myélopaxes; c'est un véritable myélome alvéolaire.

Billroth dit n'avoir jamais observé dans la mamelle de sarcomes à cellules fusiformes, ni de myxosarcome. J'ai vu un cas de myxosarcome et Chrétien a présenté récemment à la Société anatomique (1) un exemple de sarcome fusocellulaire, qui s'était développé avec une grande rapidité chez une femme en lactation, et avait atteint en sept mois le poids de 1^{kg},100 grammes.

G. B. Schmidt (2) a consacré un mémoire aux « angiosarcomes » de la mamelle. Ce sont des sarcomes purs sans participation de l'élément glandulaire. Il en a réuni 11 cas. Ces tumeurs présentent une charpente conjonctive réticulaire ou alvéolaire, avec des cellules rondes pour la plupart. Elles se développent, d'après Schmidt, de la manière suivante. C'est le périthélium des capillaires du tissu conjonctif interlobulaire qui commence à proliférer; le tissu qui les sépare est d'abord refoulé, puis envahi par la dégénérescence sarcomateuse. De nouveaux capillaires se développent, autour desquels évolue le même processus et le résultat est la formation d'un néoplasme dans lequel un réseau capillaire entoure des masses formées par le périthélium proliféré. A mesure que les cellules se multiplient, les vaisseaux sont comprimés; il survient enfin une oblitération complète des capillaires, qui sont remplacés par un cordon de tissu conjonctif. Avec la disparition des vaisseaux, commencent dans ces tumeurs les métamorphoses régressives; et l'on observe surtout la dégénérescence hyaline et la dégénérescence myxomateuse. Cette étude histologique est fort intéressante, mais il faut la considérer, à mon sens, comme une théorie sur le développement des sarcomes en général, plutôt que comme une description d'une variété de sarcome spéciale. Du reste les symptômes cliniques qu'indique Schmidt ne diffèrent en rien de ceux des sarcomes ordinaires.

Pour ces symptômes je renvoie au chapitre de l'*Adénosarcome*, car cliniquement il est impossible de distinguer les deux espèces de tumeurs, à moins qu'il n'y ait des kystes volumineux. Ces kystes sont le propre des adénosarcomes. Un point fort important serait de savoir si le pronostic des sarcomes purs n'est pas plus grave que celui des adénosarcomes. Ce point pourrait faire l'objet de recherches fort intéressantes dans l'avenir; mais actuellement les renseignements nous manquent.

Il me reste à ajouter que Bryant a observé dans la mamelle deux cas de sarcomes mélaniques secondaires, l'un à une tumeur de l'avant-bras, l'autre à une tumeur du sternum.

(1) CHRÉTIEN, *Bull. de la Soc. anat.*, juin 1891, p. 567.

(2) SCHMIDT, *Arch. für klin. Chir.*, 1887, t. XXXVI, p. 421.