

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.

Psalidas⁽¹⁾ a décrit un *lymphadénome* de la mamelle. Les dessins qu'il donne, les préparations histologiques qui lui ont servi et que j'ai pu me procurer sont bien loin d'être démonstratifs. Évidemment, il n'y a aucune impossibilité à ce qu'un lymphadénome se développe dans la mamelle. Mais jusqu'à présent je crois qu'on n'en a pas observé nettement un seul cas authentique.

II

ADÉNOMES

Une tuméfaction de la mamelle, qui serait produite par des acini glandulaires parfaitement normaux, c'est-à-dire dans lesquels l'épithélium, la membrane propre, le tissu conjonctif ne présenteraient aucune altération, et par des acini dont l'ordonnance réciproque serait en tout semblable à celle qu'on trouve dans une mamelle normale, une telle tuméfaction ne mériterait pas le nom de néoplasme. Cette forme histologique s'observe dans les hypertrophies générales de la mamelle, et c'est là une des raisons qui m'ont conduit à ranger cette affection dans les anomalies et non dans les tumeurs. Elle ne s'observe jamais sous forme limitée, c'est pour cela qu'on peut dire que l'*adénome histologiquement pur n'existe pas* (2). Mais à quoi bon poursuivre cette chimère? Si l'on veut réserver le nom d'adénomes aux tumeurs constituées par l'augmentation de nombre et de volume d'éléments glandulaires d'ailleurs parfaitement normaux, autant supprimer le mot, car on n'en trouvera pas. Cela devient une discussion de mots parfaitement oiseuse. Il faut comprendre sous le terme adénome des tumeurs bénignes construites sur le type glandulaire mais sans exiger que les éléments et la texture de la glande soient exactement reproduits.

Une première différence qu'on observe toujours entre les adénomes et la glande normale, c'est que la néoformation porte bien plus sur les acini que sur les conduits. Sans vouloir aller jusqu'à dire, comme on l'a fait, que ce qui caractérise l'adénome, c'est la formation d'acini sans canaux excréteurs correspondants, il faut cependant reconnaître qu'on observe surtout et parfois exclusivement une néoformation d'acini. C'est pour cela que le mot adénome, qui semble vouloir dire que la tumeur est une reproduction de la glande, n'est pas parfait, et qu'il serait peut-être préférable d'employer l'expression *acinome*, qui indiquerait mieux qu'il s'agit surtout d'une prolifération et d'une multiplication des acini.

Ces adénomes ou acinomes ne sont jamais à l'état de pureté. Les éléments aciniens qui les constituent diffèrent de ceux d'une mamelle normale soit par quelqu'une de leurs dispositions intrinsèques (volume, forme, épithélium), soit par quelqu'une de leurs dispositions extrinsèques (arrangement réciproque des acini les uns par rapport aux autres), soit des deux façons simultanément. On

(1) PSALIDAS, Thèse de Paris, 1890.

(2) Les deux cas d'adénome pur qui ont été publiés par Billroth (*Arch. de Langenbeck*, 1866, t. VII, p. 800) et Dreyfuss (*Virchow's Arch.*, 1^{er} sept. 1888, t. CXIII, p. 558) ne sont pas convaincants. Il semble bien que le cas de Billroth se rapporte à un épithéliome dendritique. Pour l'autre, les figures sont si mauvaises, qu'on ne peut rien conclure.

comprend que la combinaison des diverses modifications ainsi apportées au type primitif de la glande, donne naissance à des formes variables à l'infini qu'on ne peut étudier sans y mettre un peu d'ordre.

Au point de vue purement histologique, il existe des formes en quelque sorte intermédiaires entre les adénomes au début et les épithéliomes acineux. Ces formes intermédiaires se rencontrent dans tous les organes et peuvent évoluer d'une manière très maligne. En conclure que les adénomes sont des épithéliomes, ce serait prendre notre ignorance pour une preuve. La seule conclusion légitime qu'on puisse tirer de ces faits c'est que nous ne savons pas toujours distinguer histologiquement les adénomes des épithéliomes. D'ailleurs ces cas embarrassants sont tout à fait exceptionnels, surtout dans la mamelle.

Les adénomes évoluent suivant divers types. Suivant la nature de la réaction conjonctive, on peut en distinguer deux variétés principales; l'adénofibrome quand le tissu conjonctif évolue vers le type fibreux, l'adénomyxome lorsqu'il évolue suivant le type muqueux. Enfin, il y a des cas où le tissu conjonctif évolue suivant le type embryonnaire de manière à constituer des adénosarcomes. Alors l'évolution particulière du tissu conjonctif devient le fait prédominant. Je suis tenté de croire que cette évolution est secondaire et que les adénosarcomes sont des transformations des adénofibromes ou des adénomyxomes.

I. — ADÉNOFIBROMES

Anatomie pathologique. — Histologie. — Les adénofibromes, qui comprennent la majorité des tumeurs bénignes du sein, forment un groupe très net au point de vue clinique, mais plus difficile à établir au point de vue histologique. On y trouve en effet des modalités très diverses. Je chercherai à montrer la filiation entre les diverses formes.

Pour les étudier, il ne faut pas oublier qu'ils se développent dans la mamelle, en dehors de la lactation, très souvent chez des femmes qui n'ont pas eu d'enfants, même chez des vierges. Or, les mamelles dans ces conditions contiennent très peu d'éléments glandulaires. C'est là un fait sur lequel a beaucoup insisté Cadiat, que j'ai constaté moi-même; et il ne faut pas le perdre de vue, sans quoi on pourrait être porté à nier, comme on l'a fait souvent, la néoformation d'acini.

Je vais d'abord étudier les adénofibromes à un très faible grossissement pour montrer leur topographie générale. J'étudierai ensuite séparément les deux parties qui les constituent, l'élément glandulaire et l'élément conjonctif.

De tous les adénomes que j'ai observés, voici celui qui se rapproche le plus d'une mamelle normale (fig. 164). Les acini y sont nombreux, l'organisation en lobule est très nette. Mais il y a par place une prolifération épithéliale assez vive, et le tissu conjonctif péri-acineux est devenu fibreux. C'est à peine s'il est augmenté d'épaisseur, seulement, au lieu d'être lâche, chargé de suc et de cellules embryonnaires, comme il l'est d'ordinaire autour des acini, il est devenu fibreux. C'est là la forme la plus simple de l'adénofibrome.

Voici une autre pièce où la disposition lobulaire est encore nettement con-