

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-

servée : mais tout le tissu conjonctif est devenu fibreux, et les acini sont légèrement dilatés (fig. 165).

Cette première variété d'adénomes est essentiellement caractérisée par la conservation de la disposition lobulaire de la glande; on pourrait les appeler des adénomes lobulaires. Ce sont des formes assez rares.

Dans les degrés plus avancés, deux modifications surviennent :

1° L'organisation en lobule disparaît. Tantôt la destruction de l'ordonnance lobulaire paraît due à une néoformation active d'acini : ainsi, dans cette pièce (fig. 166). Ces formes sont peut-être dangereuses et susceptibles d'évoluer suivant le type épithélial. Dans d'autres cas, c'est le développement exubérant du tissu conjonctif qui sépare

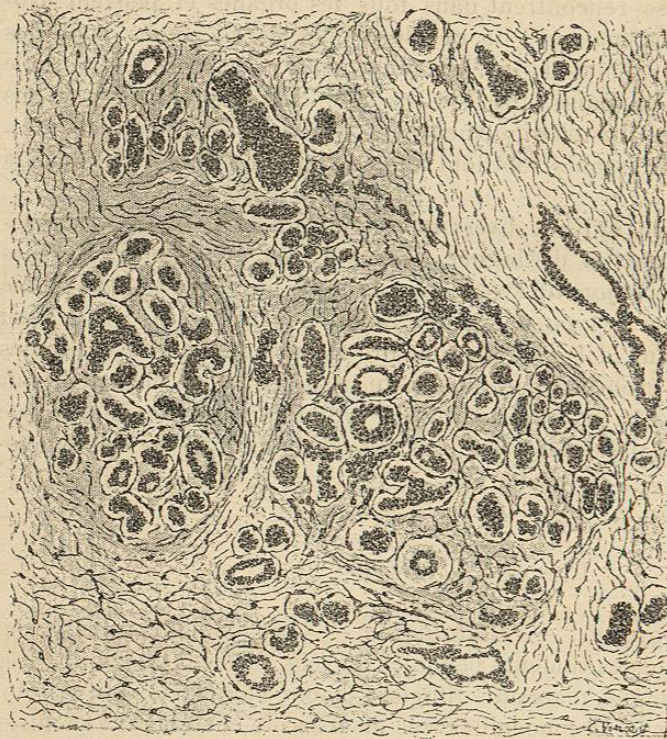


FIG. 161.

les acini les uns des autres, les écarte, les éparpille ;

2° Les acini augmentent de dimensions et deviennent kystiques. Il faut donc étudier les kystes.

Leur volume et leur forme sont très variables. Tantôt ils sont tout à fait microscopiques et parfaitement sphériques : ce sont seulement des acini un peu dilatés. Tantôt ils sont visibles à l'œil nu sous forme de fentes allongées avec des prolongements irréguliers; tantôt ils acquièrent des dimensions considérables, celle d'une noisette, d'une noix, d'une orange. On en voit même qui atteignent le volume d'une tête de fœtus, mais seulement dans les adénosarcomes où le processus est plus actif.

Le contenu des kystes est non moins variable que leurs formes et leurs dimensions. Le plus souvent c'est un liquide séreux, citrin ou jaune verdâtre, transparent ou légèrement louche. Parfois il est plus foncé, plus opaque, et teinté par le sang, il prend la couleur du chocolat. Il peut contenir assez d'albumine pour se coaguler en masse. Au microscope on y trouve divers éléments sans importance, leucocytes en voie de dégénérescence, corpuscules de Gluge, globules rouges et constamment, c'est là le fait capital, des cellules épithéliales plus ou moins altérées. Dans quelques cas le contenu de ces kystes a absolu-

ment l'aspect du lait coagulé ou du beurre. Ce fait ne surprendra pas ceux qui admettent avec moi les étroites relations des mammites chroniques, du

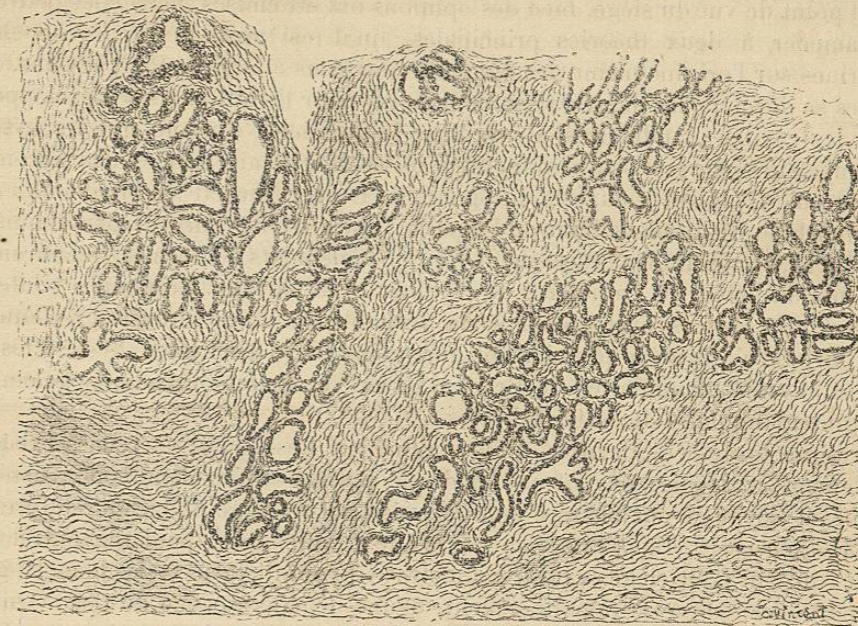


FIG. 163.

galactocèle et des adénomes. D'ailleurs, ce contenu d'apparence butyreuse n'a pas toujours la composition du beurre. H. Klotz (1) a observé des kystes butyreux dans lesquels l'examen chimique a montré qu'il n'y avait ni les éléments du beurre, ni ceux du lait. Ils contenaient des savons de chaux avec des traces de graisse et d'albumine.

La paroi interne des kystes porte constamment un revêtement épithélial. Autour des kystes le tissu conjonctif plus ou moins fibreux est presque toujours chargé d'éléments embryonnaires, comme pour montrer que là est la partie active.

La genèse de ces kystes tient une place importante dans l'histoire des tumeurs du sein, et je vais l'envisager ici à un point de vue général, une fois pour toutes.

(1) H. KLOTZ, *Arch. für klin. Chir.*, 1880, p. 49.



FIG. 166. — D'après une préparation de Launois.

Deux questions sont à trancher : 1° le siège des kystes ; 2° le mécanisme de leur formation.

Au point de vue du siège, bien des opinions ont été émises, mais elles peuvent se ramener à deux théories principales, qu'il est aisé de rapprocher des doctrines sur l'origine même des tumeurs que nous étudions. Pour les uns, les kystes se développent dans le tissu conjonctif, pour les autres ils se développent dans les cavités glandulaires. Cruveilhier le premier a soutenu que les kystes avaient pour siège le tissu conjonctif, il les assimilait aux géodes des fibromes de l'utérus. C'étaient les kystes autogènes de Lebert. Birkett les attribuait à un état morbide du tissu cellulaire ; Paget à l'élargissement des aréoles du tissu conjonctif, et aussi à l'accroissement énorme d'éléments néoformés, qui auraient présenté au début les caractères de cellules ou de noyaux. Verneuil a soutenu que certains de ces kystes étaient de véritables bourses séreuses⁽¹⁾. D'autre part, Brodie a affirmé le premier l'origine glandulaire des kystes (kystes clos de Lebert, kystes glandulaires de Broca). Birkett et Paget ont admis également l'origine glandulaire de certains kystes.

Presque toutes ces théories sont soutenables. Les bourses séreuses existent réellement, mais elles siègent autour du néoplasme et non dans son épaisseur. Labbé et Coyne en ont observé une qui occupait le siège de la bourse séreuse de Chassaignac⁽²⁾. Dans l'intérieur même de la tumeur, on peut rencontrer des kystes qui ont pour siège le tissu cellulaire : ils sont dus soit à des hémorragies interstitielles, soit à un ramollissement, à une dégénérescence du tissu. On les rencontre plutôt dans les adénosarcomes que dans les adénofibromes, mais là encore ils sont rares.

L'immense majorité des kystes ont une origine glandulaire. Le fait est prouvé par l'écoulement du liquide qui se produit quelquefois par le mamelon ; il est prouvé par la dissection même, puisque Broca, Verneuil⁽³⁾, Busch⁽⁴⁾ ont pu faire cheminer des stylets depuis les conduits galactophores jusque dans les kystes. Il est prouvé surtout par la présence constante du revêtement épithélial.

Mais ce n'est pas assez d'avoir reconnu l'origine glandulaire des kystes, il faut encore savoir s'ils se développent dans les canaux ou dans les culs-de-sac. Beaucoup d'auteurs ont admis les deux origines, et Fœrster a divisé les kystes glandulaires en canaliculaires et aciniens. Aujourd'hui on admet généralement, avec Broca, que les kystes ont le plus souvent les acini pour origine.

Le siège des kystes étant fixé, il reste à étudier leur mode de formation. Labbé et Coyne distinguent, d'après le mode pathogénique, trois variétés de kystes : 1° les kystes par régression granulo-graisseuse de l'épithélium intraglandulaire. L'épithélium prolifère et remplit l'acinus, puis les cellules centrales entrent en régression et forment le liquide du kyste. Les kystes de cette variété restent toujours très petits ; 2° les kystes qu'ils appellent lacunaires, mauvais mot, puisqu'il tend à faire croire qu'il s'agit de kystes développés dans les lacunes du tissu conjonctif, tandis qu'au contraire il s'agit de kystes glandulaires. Voici comment ils expliquent la formation de ces kystes : « Sous l'influence du développement d'une tumeur mammaire, fibrome ou sarcome, myxome péri-acineux, l'élément glandulaire, dont la zone du tissu conjonctif

(1) MASSOT, Thèse de Paris, 1854.

(2) LABBÉ et COYNE, *Traité des tumeurs bénignes du sein*, p. 152.

(3) *Bull. de la Soc. anat.*, 1855, p. 56.

(4) BUSCH, *Chirurg. Beobacht.* Berlin, 1854, p. 84.

est le point de départ du processus morbide, subit une élongation progressive et un élargissement notable⁽¹⁾ ». C'est cet élargissement qui devient l'origine des kystes. Il m'est impossible de comprendre le mécanisme de cet élargissement. Je ne sais pas qu'une tumeur, en se développant autour d'une cavité, puisse exercer sur cette cavité une traction excentrique qui l'agrandisse. Il me semble au contraire qu'une tumeur se développant dans ces conditions doit amener la compression, la diminution, puis la disparition de la cavité centrale. Je ne puis donc admettre cette origine des kystes ; 3° dans la troisième variété, il s'agirait de kystes par rétention. Le conduit excréteur d'un lobule serait soit comprimé par la rétraction du tissu conjonctif périphérique, soit oblitéré par une végétation endocanaliculaire, et le kyste se développerait en arrière de l'obstacle. Labbé a fait soutenir ses idées sur ce sujet par son élève Rogeau⁽²⁾.

Cette doctrine est admise par beaucoup d'auteurs, étudions-la. Pour faire un kyste par rétention, il faut au moins deux choses, une sécrétion et un obstacle à l'écoulement de cette sécrétion. Admettons que l'obstacle existe, il faut encore la sécrétion. Or, la mamelle en dehors de la lactation ne sécrète rien ; si elle vient à sécréter quelque chose, cette sécrétion est un phénomène anormal, c'est l'expression d'une modification pathologique de l'épithélium. Comme cette modification est nécessairement antérieure au kyste, on se trouve ramené à la théorie de l'origine glandulaire des tumeurs. Mais ce n'est pas tout. La rétention du produit pathologiquement sécrété est incapable à elle seule de produire un kyste. C'est une règle constante en pathologie générale que l'oblitération des conduits excréteurs amène l'atrophie de la portion sécrétante. Et, pour nous en tenir à la mamelle, a-t-on constaté jamais d'une manière précise la formation d'un kyste à la suite de l'oblitération simple d'un conduit galactophore ? En dehors de la lactation, les plaies du sein qui détruisent les canaux amènent-elles la formation de kystes ? Pendant la lactation, les incisions d'abcès, les morsures de chiens, si fréquentes chez les vaches et les brebis laitières, amènent souvent la section et la destruction de nombreux canaux : a-t-on vu jamais des kystes se développer à leur suite ? Dans mes expériences de ligature des canaux galactophores sur des mamelles en lactation, il ne s'est pas produit le moindre kyste. Et l'on voudrait que la simple rétention, qui est incapable de produire des kystes sur des mamelles en pleine activité physiologique, en produise à l'état de repos ! Et l'on admet que cette rétention, qui ne peut amener la distension de culs-de-sac logés au milieu de tissus souples, aura la force de triompher d'un tissu aussi résistant que celui d'un fibrome ! C'est là une supposition purement gratuite que tout contredit. Je la rejette absolument, et je pense que les kystes glandulaires de la mamelle sont dus à une évolution active de l'élément glandulaire lui-même. Ces kystes ne sont donc pas le résultat passif de forces mécaniques, mais bien le produit de forces biologiques actives.

Nous venons d'assister à une phase importante de l'évolution des adénofibromes, la formation des kystes. Voyons maintenant ce que vont devenir les adénofibromes kystiques.

Dans quelques cas, rares à la vérité, le développement des kystes semble amener une atrophie par compression des tissus voisins. On trouve alors un ou plusieurs kystes agglomérés, à parois minces et presque sans tumeur. Ce sont

(1) LABBÉ et COYNE, *loco citato*, p. 158.

(2) ROGÉAU, Thèse de Paris, 1874.