

ces cas qui peuvent en imposer pour des kystes simples<sup>(1)</sup>. Velpeau les avait appelés kystes séreux, et quelques cas en ont été publiés sous le nom de kystes séreux essentiels<sup>(2)</sup>. Mais quand on cherche dans la paroi de ces kystes, on y trouve des culs-de-sac dilatés entourés d'une zone conjonctive sclérosée. C'est la preuve qu'il s'agit d'un adénofibrome dans lequel les kystes sont devenus prédominants. Tel était le cas que Vignard a présenté à la Société anatomique comme exemple de kyste séreux essentiel. Cornil déclara qu'il s'agissait d'un adénofibrome. Ces faits ont une extrême importance, car ils permettent de nier presque absolument les kystes simples de la mamelle sur lesquels on a tant discuté et tant écrit. Je crois que les kystes de la mamelle relèvent tous soit de mastites chroniques, soit d'adénofibromes ou d'adénosarcomes, soit d'épithéliomes, c'est-à-dire que les kystes n'ont pas une existence indépendante; ils ne sont jamais qu'un incident plus ou moins important des affections inflammatoires ou néoplasiques de la mamelle.

A la phase où nous sommes arrivés, la tumeur est constituée par un ou plusieurs kystes entourés d'une zone de tissu conjonctif fibreux. Le kyste est stérile, comme disait Paget.

Nous allons maintenant assister à une nouvelle phase, qui n'a du reste rien de fatal, qui peut très bien manquer. Le travail qui se produit dans cette nou-

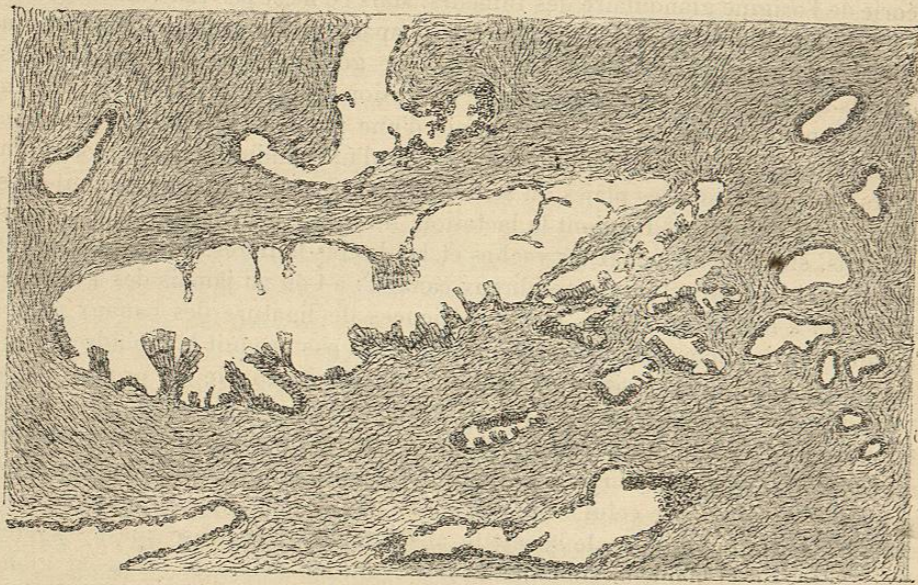


Fig. 167. — D'après une préparation de Cazin.

velle phase a pour résultat la formation de végétations conjonctives qui pénètrent dans l'intérieur des dilatations kystiques. Le kyste devient prolifère, suivant l'expression de Paget et de Muller.

Quand on est assez heureux pour assister au début de cette évolution, on constate, comme sur cette pièce (fig. 167), de très fins soulèvements de la paroi conjonctive. On pourrait tout aussi bien dire que le kyste s'est irrégulièrement

(1) GRIAS, Thèse de Paris, 1886.

(2) VIGNARD, *Bull. de la Soc. anat.*, octobre 1838, p. 761.

développé, de manière à laisser persister entre les culs-de-sac des saillies conjonctives qui prennent l'aspect papillaire. Ces deux interprétations sont possibles, mais je n'y insiste pas, car cela n'a pas grande importance. Les saillies papillaires revêtues d'épithélium, pourvues de vaisseaux augmentent de volume et d'étendue et prennent les aspects les plus irréguliers et les plus bizarres, dont les figures ci-jointes donnent une idée plus exacte que la meilleure description (fig. 168 et 169).

Les végétations deviennent parfois assez volumineuses pour remplir presque complètement le kyste dans lequel elles se développent. Ce sont ces tumeurs qui ont reçu les noms de kyste prolifère (Paget), de cystosarcome prolifère (Muller), de fibromes endocanaliculaires. Ces dénominations ont le tort de vouloir individualiser cette forme, d'en faire une espèce, alors qu'elle représente une simple variété évolu-

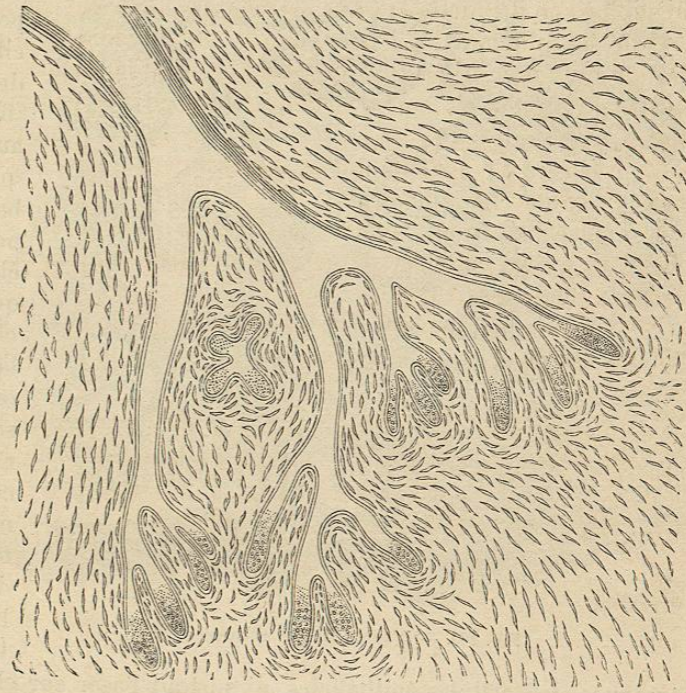


Fig. 168. — D'après Labbé et Coyne.

tive de l'adénofibrome. Ce qui prouve bien qu'il s'agit là d'une simple variété évolutive, c'est que dans les tumeurs qui présentent des végétations énormes, on trouve en même temps des kystes à parois absolument lisses, et d'autres où les végétations commencent seulement à se développer. On peut, en un mot, suivre toutes les modifications entre le kyste le plus simple et le kyste le plus encombré de végétations. Aussi je pense qu'il serait préférable de désigner simplement ces formes par la dénomination d'adénofibrome kystique et végétant.

Nous avons suivi l'évolution complète des adénofibromes à un faible grossissement, il reste à étudier les détails de structure. Sur ce point, je serai très bref, car il s'agit de faits qui n'ont rien de spécial à la mamelle, qui sont communs à toutes les tumeurs de même nature, où qu'elles siègent, et pour lesquels je renvoie au premier volume de ce traité.

La partie conjonctive présente la structure du fibrome fasciculé avec des vaisseaux souvent abondants et sans fibres élastiques. Cette absence de fibres élastiques est un phénomène d'autant plus curieux qu'on en rencontre toujours en très grand nombre dans les carcinomes. J'ai à peine besoin de dire qu'on ne rencontre jamais de fibrome lamellaire ou cornéen. Quelquefois le tissu conjonctif subit diverses modifications, ramollissement, transformation muqueuse,

ou au contraire calcification; mais ces modifications sont rares dans les adénofibromes. C'est surtout dans les adénosarcomes qu'on les observe, et c'est là que je les étudierai.

Du côté de l'épithélium, on peut observer de nombreuses modifications. Le plus souvent, on trouve plusieurs assises de cellules superposées. Les cellules elles-mêmes peuvent devenir muqueuses (fig. 167); quelquefois au lieu de rester cubiques ou cylindriques basses, elles deviennent cylindriques très élevées (fig. 167), sans que ces modifications changent la nature de la tumeur. En effet, on les observe non seulement dans les néoplasmes, mais encore dans les inflammations de la mamelle. On ne peut donc attacher une bien grande importance à ces formes

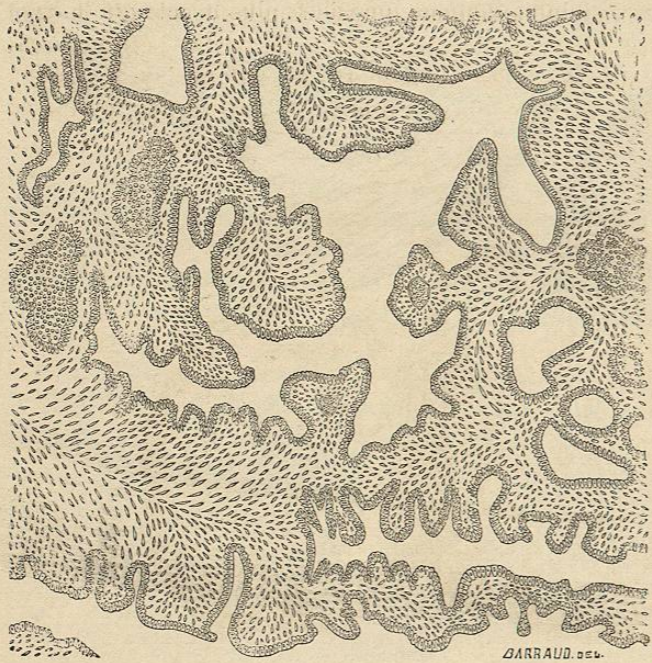


Fig. 163. — D'après Labbé et Coyne.

atypiques des cellules épithéliales, ni surtout baser sur elles une classification des tumeurs.

**Anatomie macroscopique.** — Au point de vue macroscopique, le caractère essentiel des adénofibromes, c'est qu'ils sont encapsulés. On trouve entre la tumeur et le tissu parfaitement sain une zone de tissu conjonctif lâche, lamelleux, presque séreux, qui la rend facile à énucléer, puis une capsule fibreuse. Cette capsule est formée par le refoulement du tissu conjonctif qui prolifère légèrement. Elle prouve que la tumeur se développe par augmentation de ses propres éléments, et non par envahissement, c'est-à-dire qu'elle est bénigne. La capsule est la signature de la bénignité.

Les adénofibromes circonscrits sont ordinairement uniques, mais ils sont quelquefois multiples, répandus dans toute la glande. Hartmann (\*) a publié un fait de ce genre, dans lequel le tissu conjonctif était devenu en partie myxomateux.

Le volume des tumeurs varie de celui d'une noix à celui d'une orange. Quand elles dépassent ces dimensions, il faut craindre qu'il s'agisse d'un adénosarcome plutôt que d'un adénofibrome. Leur forme est arrondie, ovoïde, lisse et assez régulière dans l'ensemble; mais cependant la surface est mamelonnée, ou même légèrement lobulée.

(\*) HARTMANN, *Bull. de la Soc. anat.*, octobre 1888, t. VIII, p. 598.

L'aspect de la coupe dépend de l'absence ou de la présence, du nombre et du volume des kystes. La partie fibreuse est d'un blanc légèrement rosé, humide et succulente lorsque la tumeur, en voie d'évolution, contient beaucoup d'éléments embryonnaires; dure et sèche, lorsque, plus ancienne et stationnaire, elle ne contient dans ses parties fibreuses que des faisceaux conjonctifs adultes.

Les rapports topographiques de ces tumeurs avec la glande ont été le sujet de beaucoup de discussions. Souvent elles siègent dans les parties périphériques de la mamelle et, étant capsulées, elles paraissent indépendantes de la glande. C'est ce qui avait fait croire autrefois que ces tumeurs n'avaient aucun rapport

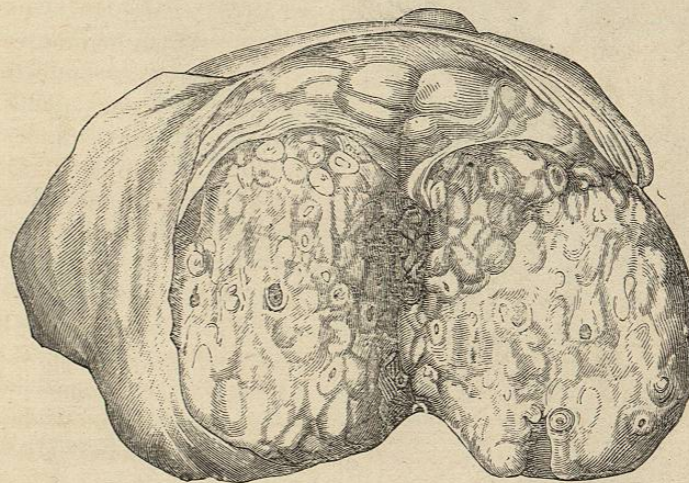


Fig. 170. — D'après Duplay.

avec la glande mammaire. En réalité, leur situation superficielle tient à ce qu'en se développant, elles s'énucléent en quelque sorte de la glande, suivant le mécanisme étudié autrefois par Ollier (\*). On peut toujours, comme l'ont montré Broca et Verneuil, retrouver par la dissection le pédicule formé de vaisseaux et de conduits galactophores qui les reliait à leur point d'origine.

**Étiologie.** — Les tumeurs bénignes du sein sont beaucoup moins fréquentes que les tumeurs malignes. Billroth, en faisant la moyenne de ses statistiques de Berlin, de Zurich et de Vienne, trouve 82 pour 100 de cancers et 18 pour 100 de tumeurs bénignes. Toutes les statistiques donnent à peu près la même proportion.

En général, les tumeurs bénignes se développent plus tôt que les tumeurs malignes. En réunissant les faits de Billroth à ceux de Labbé et Coyne, on voit que la presque totalité des tumeurs bénignes se rencontrent entre vingt et quarante ans, et il y en a presque autant avant trente ans qu'après. Passé quarante ans, les tumeurs bénignes deviennent rares.

A propos des mastites chroniques (voy. p. 854), je me suis suffisamment étendu sur l'origine des adénofibromes pour pouvoir être ici très bref. J'ai soutenu que les adénofibromes avaient une origine inflammatoire et n'étaient que le terme

(\*) OLLIER, *Gazette méd. de Lyon*, 1855, p. 144.

de mastites chroniques. J'ai montré que l'infection se fait très probablement par les canaux galactophores. Ce qui le prouve, c'est que les lésions sont primitivement épithéliales et que les canaux galactophores sont généralement malades. Il y a même des cas où les lésions portent uniquement sur eux, et sont purement périscanaliculaires. Voici une pièce que je dois à Pilliet (fig. 171 et 172), sur laquelle on voit des productions fibreuses exactement limitées au pourtour des canaux galactophores. Sur cette coupe, au centre de chaque noyau fibreux, on voit le conduit plus ou moins dilaté dont l'épithélium a abondamment proliféré. En

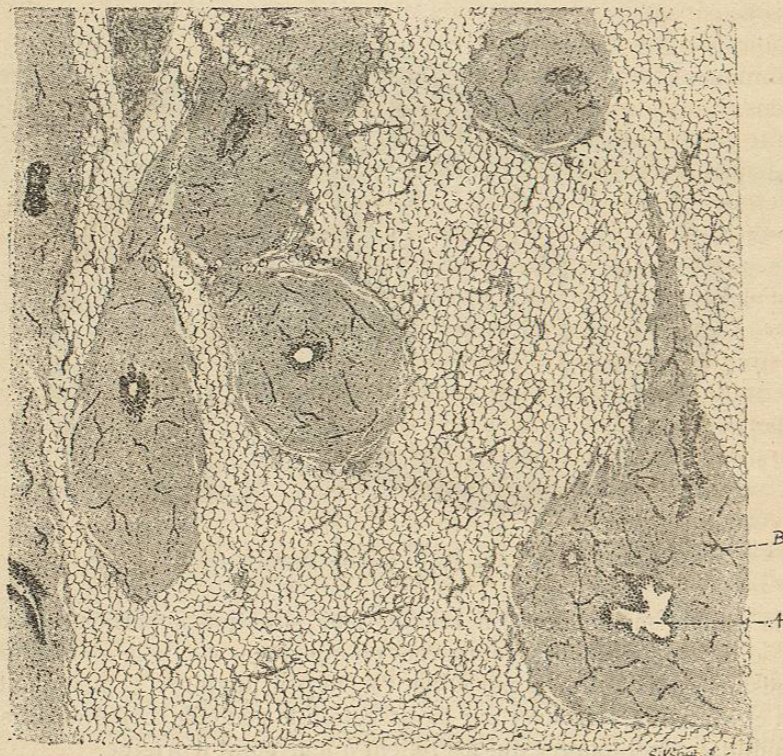


FIG. 171. — D'après une préparation de Pilliet.

considérant cette pièce, on ne peut se défendre de l'impression que le mal a une origine canaliculaire. L'ordonnance régulière des noyaux fibreux autour des canaux prouve que l'irritation est partie de ces derniers et que le tissu conjonctif n'a réagi que secondairement. L'altération de l'épithélium, dont on trouve partout 5 ou 6 assises, prouve que l'irritation primitive, de nature du reste inconnue, a été endocanaliculaire. Comment classer cette lésion? On peut dire qu'il s'agit d'une mastite chronique, et je crois bien que c'est là la variété, mais le diagnostic clinique avait été « adénofibrome ». Dans la figure 171, on voit des lésions de même ordre, avec cette différence que les productions fibreuses, au lieu d'être orientées autour des canaux, sont orientées autour des acini. Or, sur cette pièce, des histologistes très compétents, d'égale valeur, ont porté des diagnostics différents, mais très voisins. Pour l'un, il s'agit de mastite chronique; pour l'autre, c'est un adénome avec cirrhose épithéliale; pour un troisième, c'est un

fibrome péri-acineux. A mon sens, il n'y a là qu'une différence de mots. Les adénofibromes ne sont que l'aboutissant des mastites chroniques. En clinique, j'emploie indifféremment les expressions de « noyaux de mastite chronique ou adénofibrome ». Je rappelle qu'avec l'aide de mon interne Longuet, j'ai trouvé des staphylocoques blancs dans trois cas d'adénomes. C'est le liquide des kystes qui a étéensemencé. Dans l'un de ces cas, la tumeur avait le volume d'un très gros œuf et le kyste principal était rempli d'énormes végétations.

On a fait à cette doctrine de l'origine inflammatoire des adénomes, que je soutiens depuis plusieurs années, des objections, ou plutôt une objection, car je ne sache pas qu'on se soit jamais attaqué à mon argumentation elle-même. Cette objection consiste à dire : les tumeurs dont vous parlez ne sont pas des adénofibromes. C'est la même qu'on m'a faite quand j'ai soutenu l'origine infectieuse des lymphadénomes. Je n'y ai pas répondu, car elle m'a paru sans valeur. Je profite de l'occasion pour en dire un mot, car on pourrait considérer mon silence comme une victoire. On n'a pas démontré que les tumeurs dont je parle, dont j'ai donné la description histologique, appuyée sur des figures faites d'après nature, ne sont pas des adénofibromes. Il n'y a aucun moyen de faire cette démonstration, car on ne peut méconnaître que la description que je viens de donner correspond parfaitement aux tumeurs bénignes du sein que, depuis Velpeau, on a appelées tour à tour tumeurs adénoïdes, corps fibreux, fibromes, adénomes, adénofibromes. Ceci étant indiscutable, l'objection qu'on me fait revient à ceci : « Les adénomes ne sont pas des produits inflammatoires; vous démontrez que certaines tumeurs sont des produits inflammatoires : donc ces tumeurs ne sont pas des adénomes. » Il m'est impossible de voir dans l'objection susdite, autre chose que cette pétition principe.



FIG. 172. — D'après une préparation de Pilliet.

La question est fort simple, si simple même qu'il ne saurait y avoir d'erreur sur le point de départ. Ce point de départ, c'est la clinique, et c'est le seul possible, car la clinique est sur ce point beaucoup plus avancée que la pathogénie. Il existe dans le sein des tumeurs bénignes qui ont été séparées des cancers par Astley Cooper, qui ont été mieux individualisées par Velpeau, dont les symptômes sont suffisamment nets pour qu'on les reconnaisse aisément dans l'immense majorité des cas. C'est de ces tumeurs-là que je parle. Si l'on veut prétendre que le nom d'adénomes ne leur convient pas, cela devient une affaire de mots et je refuse de suivre la discussion sur ce terrain. Encore une fois, il s'agit des tumeurs adénoïdes de Velpeau, qu'on appelle plus communément aujourd'hui adénomes ou adénofibromes. Le problème est de savoir quelle est leur origine. La solution que j'ai soutenue, c'est qu'elles ont une origine inflammatoire. Si je me trompe, c'est sur la solution, mais non sur la position du problème.

**Symptômes.** — Tantôt le développement des adénofibromes s'accompagne de douleurs légères, vagues, sensation de plénitude, de tension, picotements. Souvent, le plus souvent peut-être, le début, absolument obscur, échappe complète-