

ment, et c'est par hasard, en faisant leur toilette, que les femmes découvrent la petite tumeur, ronde et mobile. Ordinairement cette tumeur est superficielle, et la première chose qui frappe quand on palpe le sein, c'est qu'elle est mobile, mobile sous la peau, mobile sur les parties profondes, mobile dans la glande. Elle échappe au doigt qui la cherche et, pour bien apprécier ses caractères, il faut la fixer d'une main pendant qu'on l'explore de l'autre.

Le volume est celui d'une noisette, d'une noix, d'une orange. La forme est arrondie ou ovoïde, régulière dans son ensemble, mais la surface présente de petites saillies, de petits mamelons ou une fine lobulation. La consistance est ferme, quelquefois un peu élastique, souvent franchement dure. La pression sur la tumeur est absolument indolente.

En général, le sein n'est nullement modifié dans sa forme, et l'examen par la vue ne révèle rien. Quelquefois, lorsque la tumeur est volumineuse, le mamelon est étalé, mais c'est surtout dans les adénosarcomes qu'on rencontre cette disposition. Si l'on saisit le mamelon et qu'on tire dessus, pour l'entraîner dans un sens ou dans l'autre, on constate que la tumeur suit ses mouvements, preuve manifeste qu'elle est en relation avec les canaux galactophores.

On observe assez souvent dans ces tumeurs un écoulement par le mamelon, qui se produit soit spontanément, soit quand on presse sur le néoplasme. Ce signe, constaté par Nélaton⁽¹⁾, a été étudié par A. Richard⁽²⁾. Depuis, ce symptôme a été mentionné par tous ceux qui se sont occupés des tumeurs du sein, et il a fait le sujet de plusieurs discussions dans les sociétés savantes⁽³⁾. Richard avait considéré l'écoulement par le mamelon comme un signe des tumeurs bénignes, et cependant, dans les observations qu'il donne, on voit un adénome transformé en tumeur maligne, et un autre, dont les symptômes se rapprochent singulièrement de ceux des épithéliomes papillaires ou dendritiques. Dans les discussions que je viens de rappeler, tout le monde, sauf peut-être Broca, semble admettre que l'écoulement par le mamelon peut se rencontrer aussi bien dans les tumeurs malignes que dans les tumeurs bénignes. Comme le disent Labbé et Coyne, l'écoulement par le mamelon ne fait reconnaître avec certitude qu'une seule chose, c'est que le processus morbide se passe dans le tissu glandulaire, et comme l'immense majorité des tumeurs du sein ont une origine glandulaire, il n'a aucune valeur ni pour le diagnostic, ni pour le pronostic. Je crois, pour ma part, qu'il est important de faire des distinctions suivant la nature de l'écoulement. Cè peut être un liquide séreux, muqueux, séro-muqueux, lactiforme; ce peut être une sérosité fortement teintée par le sang ou même du sang pur. Les écoulements muqueux, lactiformes, n'ont aucune espèce de valeur; comme le dit Billroth, ils se produisent dans tant de tumeurs qu'on n'en peut rien conclure. Mais il n'en est pas de même, à mon avis, des écoulements fortement teintés par le sang, ni surtout des écoulements de sang pur. Ceux-là me paraissent comporter un pronostic grave; ils sont en rapport avec des tumeurs épithéliales, ou des tumeurs en train d'évoluer vers le type épithélial. L'écoulement de sang pur, survenant d'une manière spontanée, en dehors de l'hystérie, me paraît être dû presque toujours aux épithéliomes dendritiques⁽⁴⁾.

(1) NÉLATON, Clinique, 16 juin 1851.

(2) A. RICHARD, *Revue médico-chirurgicale*, 1852, t. XI, p. 48.

(3) *Bulletins de la Société de chirurgie*, 2 mai 1855, p. 571, et *Bulletins de la Soc. anat.*, 1855, p. 175.

(4) Voy. le chapitre consacré à ces tumeurs, p. 167.

Certains auteurs ont attaché beaucoup d'importance aux troubles menstruels. Velpeau disait que les tumeurs adénoïdes survenaient chez des femmes mal réglées dont les seins étaient à certaines époques le siège de congestions plus ou moins intenses. L'influence de la menstruation sur la tumeur est très variable. Tantôt elle amène une turgescence qui s'accompagne de quelques douleurs, tantôt au contraire elle procure une sorte de soulagement.

Les ganglions ne sont jamais envahis.

Je n'ai étudié que les fibromes circonscrits uniques; lorsqu'ils sont multiples, chaque tumeur, ordinairement petite, présente les mêmes caractères.

Marche et terminaison. — Généralement, après avoir atteint un certain volume, ces tumeurs restent presque complètement stationnaires. Quelquefois cependant elles s'accroissent d'une manière progressive. Il s'y développe alors des kystes, mais il est très rare qu'on arrive à sentir la fluctuation. La grossesse et la lactation sont parfois l'occasion de l'accroissement de la tumeur. Quelquefois, cela est tout à fait exceptionnel, la peau distendue, mais jamais envahie, finit par s'ulcérer; la tumeur mise à nu s'ulcère à son tour, se sphacèle et s'élimine en partie. Labbé et Coyne citent même un cas où la totalité de la tumeur aurait été détruite par gangrène et éliminée. Jahoda⁽¹⁾ a trouvé un adénome nageant librement dans le pus d'une mammitte.

Une question importante, qui a beaucoup préoccupé les chirurgiens, c'est celle de l'évolution de ces tumeurs lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes. C'est surtout à leur sujet qu'on a agité la question de la transformation des tumeurs bénignes en tumeurs malignes.

Il existe certaines formes de tumeurs mal définies, sur lesquelles je reviendrai à propos des tumeurs épithéliales, que quelques auteurs, considèrent comme des adénomes, qu'on regarde généralement comme des épithéliomes. Ce sont des tumeurs à évolution lente, mais malignes dès le début. Il n'y a pas à parler pour elles de modifications, ni de transformations. C'est leur évolution régulière, normale, qui les amène à infecter les ganglions et à se généraliser. Mais, dans d'autres cas, la tumeur est primitivement bénigne, et c'est par suite d'une modification dans son évolution qu'elle devient ultérieurement maligne. Or, cette modification peut se faire dans deux sens: tantôt c'est la partie conjonctive qui se modifie, tantôt c'est la partie épithéliale. Dans le premier cas, le tissu conjonctif, au lieu d'évoluer vers la forme fibreuse, reste à l'état embryonnaire, et il se développe un adénosarcome. Cette transformation est la plus fréquente. Schwartz⁽²⁾ en a publié un bel exemple à la Société de chirurgie. Il est même probable que la majorité des adénosarcomes commencent par être des adénofibromes.

Si c'est l'épithélium qui se met à proliférer, l'adénofibrome devient un épithéliome. Cette transformation se produit plus tardivement, aux environs de la ménopause; elle est plus rare, mais il paraît bien démontré, et par la clinique et par l'examen microscopique, qu'elle est possible. En clinique, il y a nombre d'exemples de tumeurs, ayant tous les caractères de la bénignité, qui ont pris tout à coup, après être restées des années stationnaires, une évolution rapide et se sont comportées comme des cancers. Sous le microscope, on trouve certains

(1) JAHODA, *Wiener med. Woch.*, 1891, n° 49, p. 1869.

(2) SCHWARTZ, *Bull. de la Soc. de chir.*, 25 août 1888, p. 434.

adénofibromes, dans lesquels l'abondance de la prolifération épithéliale fait hésiter le diagnostic et suspendre le pronostic. On trouve parfois dans la même tumeur, en de certains points, les caractères d'un adénofibrome, en d'autres les caractères non douteux d'un épithéliome infiltré. Je pense que dans les cas de ce genre la tumeur maligne se développe dans un adénofibrome comme elle se développerait dans une mamelle saine. Le seul rapport qu'il y ait entre les deux tumeurs est un rapport étiologique. Mais celui-là est réel : les tumeurs malignes ont plus de chance de se développer dans une mamelle enflammée que dans une mamelle saine, de même que les cancers se développent plus souvent dans les estomacs atteints de gastrite que dans les estomacs normaux.

On voit donc que, bien que ces tumeurs soient en elles-mêmes bénignes, le pronostic doit en être réservé dans une certaine mesure.

Diagnostic. — Le diagnostic des adénofibromes ne présente pas en général de grandes difficultés. Ce qui importe surtout, c'est de les distinguer des cancers; je ne parle pas des cancers déjà avancés dans leur évolution, qui ont infecté les ganglions et contracté des adhérences avec la peau, car il n'y a plus alors de difficultés, mais des cancers au début, des petits noyaux encore enfouis dans la glande, sans connexion avec la peau, ni avec les parties profondes. Le caractère fondamental qui permet de faire le diagnostic, ce sont les rapports de la tumeur avec le reste de la glande. La tumeur bénigne est parfaitement circonscrite, nettement séparée du reste du parenchyme mammaire et mobile sur lui. Au contraire, le cancer est mal limité, diffus dès le début, adhérent à la glande, envoyant dans son épaisseur des prolongements rameux. Il est mobile avec la glande, mais non pas sur elle, c'est là un signe de premier ordre qui, dans les cas simples, les plus nombreux, permet d'affirmer le diagnostic.

Mais il y a des cas plus complexes. Quelquefois les tumeurs bénignes, lorsqu'elles acquièrent un certain volume, étalent le mamelon. On pourrait croire à la rétraction que produit le cancer. Rien en réalité n'est plus facile que de distinguer ces deux états, étalement et rétraction du mamelon. Quand on tire sur un mamelon rétracté par un cancer ou une affection inflammatoire, on sent qu'il est solidement fixé, il résiste à la traction et l'on ne peut lui restituer sa forme. Au contraire, en cas d'étalement, il suffit de saisir le sein en appliquant les deux mains ou deux doigts à plat de chaque côté et de refouler la peau vers la partie centrale, pour voir le mamelon reprendre sa forme de lui-même.

Quand les adénofibromes deviennent volumineux, ils soulèvent les téguments et la peau amincie, appliquée sur la tumeur, paraît adhérente. Mais si l'on pince cette peau, le pointillé de la peau d'orange ne se produit pas, on constate qu'elle se laisse plisser, c'est-à-dire qu'elle est amincie, étalée, mais non pas adhérente.

Quelquefois la peau amincie finit par s'ulcérer; la tumeur fait saillie au travers de l'ulcération et s'ulcère à son tour. Le cas est plus délicat, mais non réellement embarrassant. Il est aisé de voir, en effet, que sur les bords de l'ulcération, la peau amincie et déchiquetée, est décollée. Elle n'adhère pas à la tumeur. On peut glisser un stylet entre le rebord cutané et le champignon formé par le néoplasme. Autour de l'ulcération, la peau peut bien présenter des phénomènes inflammatoires, mais elle n'est pas envahie par la tumeur. Au contraire, en cas de cancer, la peau est d'abord envahie, et l'on peut dire que ce n'est pas le tégument qui s'ulcère, mais la tumeur qui s'est substituée à lui.

Y a-t-il à différencier les adénofibromes des noyaux de mastite chronique? Oui, au début, parce que tant que la mammité a des caractères inflammatoires, tant que les noyaux ne sont pas nettement circonscrits, on peut en obtenir la résolution sans opération. J'ai déjà indiqué, au chapitre des mammites chroniques, les signes permettant de les reconnaître. Plus tard, il n'y a plus à faire de diagnostic différentiel, s'il est vrai, comme je le crois, que les mammites chroniques peuvent se terminer par la formation d'adénofibromes.

Lorsqu'il existe plusieurs noyaux d'adénofibromes disséminés dans la glande, on pourrait les confondre avec cette variété de tumeurs malignes, d'ailleurs rares, que Velpeau a appelée squirrhe disséminé. Ce qui, dans ces cas, permet de faire le diagnostic, ce sont les caractères de chaque noyau pris séparément. Ces caractères sont ceux des adénofibromes et non ceux des cancers.

J'arrive maintenant aux cas véritablement complexes. On trouve parfois des tumeurs qui présentent à la fois des signes appartenant aux tumeurs bénignes et des signes appartenant aux tumeurs malignes. Tantôt il s'agit d'une vieille tumeur restée longtemps stationnaire, dont l'histoire est tout à fait celle des tumeurs bénignes. Mais cette tumeur a pris soudain une marche rapide, et en quelques mois elle a doublé. Il y a tout lieu de croire que l'adénofibrome est devenu un adénosarcome. Dans d'autres cas, la tumeur n'a pas notablement augmenté de volume, mais elle est mal limitée, la peau ne se laisse pas bien détacher d'elle. Les signes physiques sont ceux d'une tumeur maligne au début, tandis que l'histoire est celle d'une vieille tumeur bénigne. Il est infiniment probable que l'adénofibrome est en train de devenir un épithéliome.

Pratiquement, voici, je crois, la règle qu'il faut suivre. Quand une tumeur n'a pas nettement tous les caractères de la bénignité, il faut la tenir pour maligne et se comporter comme si elle l'était.

Traitement. — Quand on a constaté la présence d'un adénofibrome, c'est un devoir pour le chirurgien, à qui la malade s'est confiée, de ne pas la perdre de vue avant de l'avoir débarrassée de sa tumeur. En effet, il est hors de doute que ces tumeurs peuvent subir des modifications dans leur évolution; elles peuvent se transformer en sarcomes ou en épithéliomes; elles constituent donc un danger qui, pour ne pas être immédiat, n'en est pas moins réel.

A quel traitement faut-il s'adresser? Il n'y en a que deux : la compression et l'extirpation au bistouri. Tous les autres traitements employés autrefois, le broiement, le morcellement sous-cutané, les injections interstitielles, les cautérisations, doivent être complètement abandonnés. L'électricité pourrait peut-être donner des résultats, mais elle n'a pas encore fait ses preuves.

La compression introduite dans la thérapeutique des tumeurs par Young, employée par Récamier, a été surtout défendue par Broca. Voici les résultats qu'elle a donnés entre les mains de ce chirurgien : 9 fois elle a pleinement réussi et amené une guérison complète; 10 fois elle a amené une diminution notable du volume de la tumeur, mais sans la faire disparaître. Enfin, dans un assez grand nombre de cas, elle a complètement échoué. Ces résultats sont médiocres; on ne doit donc avoir recours à la compression que si la malade refuse l'opération. Le traitement de choix est l'ablation au bistouri. Après l'incision, si l'on constate que la tumeur est parfaitement encapsulée, l'énucléation suffit. Mais si la tumeur qui, cliniquement, paraissait encapsulée ne l'est pas réellement, il faut pratiquer l'extirpation partielle de la glande mammaire,

l'amputation cunéiforme, comme on dit, en dépassant largement les limites de la tumeur.

III

ADÉNOSARCOME — ADÉNOMYXOME

J'ai déjà consacré quelques mots aux sarcomes purs. La caractéristique de ces sarcomes au point de vue histologique, c'est qu'ils refoulent ou détruisent les éléments glandulaires. Ce sont des tumeurs assez rares, et je crois que la majorité de celles qui ont une physionomie clinique si spéciale, et auxquelles on donne couramment le nom de sarcomes du sein, sont en réalité des adénosarcomes, c'est-à-dire des tumeurs dans lesquelles il y a un développement hyperplasique parallèle des éléments glandulaires et du tissu conjonctif.

Anatomie pathologique. — L'évolution des adénosarcomes est absolument la même que celle des adénofibromes. Au début, ces deux variétés de tumeurs se ressemblent jusqu'à l'identité, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique, et l'on peut admettre avec Labbé et Coyne qu'un grand nombre d'adénosarcomes du sein naissent d'adénofibromes. Parfois, en effet, on trouve le noyau fibreux primitif entouré de tous côtés par le tissu sarcomateux. On comprend, par suite, qu'on puisse observer toutes les combinaisons de forme entre l'adénofibrome et l'adénosarcome. Pour ce qui est de l'évolution de ces tumeurs, je renvoie au chapitre précédent sur les adénofibromes. Je me borne à indiquer ici les grandes phases de cette évolution, en rappelant que chacune de ces phases n'est pas fatalement suivie des autres, et que certaines tumeurs peuvent atteindre un volume considérable tout en restant à la première ou à la seconde.

Au début, on observe une augmentation du nombre et du volume des acini en même temps qu'une prolifération abondante du tissu conjonctif péri-acineux, qui prend la structure du fibrome, du fibrosarcome ou du sarcome. Habituellement la prolifération sarcomateuse ne se limite pas au voisinage des acini, elle envahit aussi les espaces graisseux qui séparent les lobules les uns des autres. Dans la seconde phase, les acini et peut-être les canaux galactophores se dilatent de manière à former des kystes souvent considérables (adénosarcome kystique, kystes stériles de Paget, cystosarcome phyllode de Müller). Puis le tissu sarcomateux prolifère abondamment et envoie des prolongements qui pénètrent dans l'intérieur des kystes (adénosarcome kystique et végétant, kystes prolifères de Paget, cystosarcome prolifère de Müller, sarcome endocanaliculaire de Virchow et Labbé et Coyne). Les kystes et végétations intrakystiques peuvent acquérir un volume énorme (fig. 175). Enfin, il arrive parfois que les kystes s'ouvrent et que les grosses végétations viennent faire saillie à l'extérieur; alors elles s'enflamment, s'ulcèrent, formant ce qu'on appelait autrefois un fongus.

Cet aperçu donné, il faut étudier avec un peu plus de soin les divers éléments de la tumeur. Du côté de l'épithélium les altérations sont constantes; au lieu d'une seule assise de cellules, on en observe presque toujours plusieurs, cinq ou six. En outre, comme le remarque Billroth, les cellules deviennent

fréquemment cylindriques. Elles subissent quelquefois la dégénérescence muqueuse. Dans d'autres cas, elles présentent une espèce de transformation cornée et forment par leur amas des sortes de petites perles. Borchmeyer (*) signale un cas de ce genre.

L'état de la partie conjonctive, sarcomateuse, est extrêmement variable. Les cellules sont tantôt fusiformes, tantôt globulaires, formant les variétés de sarcome myéloïde ou globo-cellulaire, fuso-cellulaire ou fasciculé. Mais les types purs sont rares. On trouve le plus souvent des combinaisons de ces diverses formes dont l'une ou l'autre prédomine suivant le point qu'on envisage. Il n'est pas rare de rencontrer des myéloplaxes, même en quantité considérable. Souvent certains points de la tumeur subissent une transformation gélatineuse, colloïde, ou bien une sorte de ramollissement. Les points ramollis simulent des kystes. Ce sont de simples géodes,

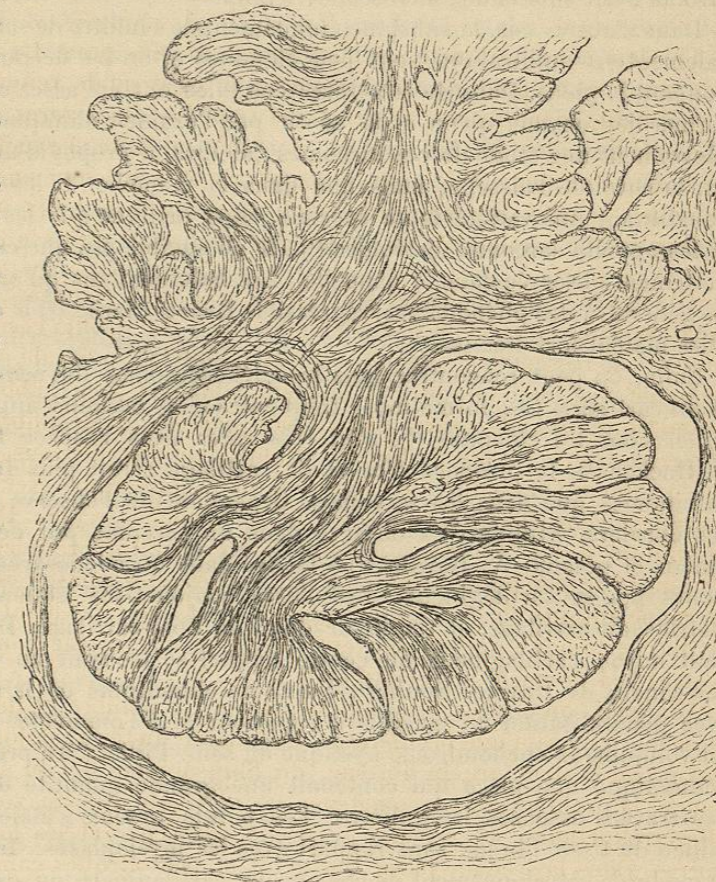


FIG. 175. — D'après Billroth.

sans revêtement épithélial, bien différentes des véritables kystes d'origine glandulaire. Dans ces géodes, il se fait parfois des hémorragies, et le sang épanché subit les diverses modifications régressives qu'on observe dans les hémorragies interstitielles. Dans d'autres cas, le sang ne subit aucune altération; il semble qu'une sorte de circulation rudimentaire continue à se faire dans ces foyers hémorragiques. Par places, les cellules sarcomateuses s'infiltrant de graisse, et cette infiltration est parfois assez abondante et assez étendue pour s'accuser sur la coupe par une coloration jaunâtre.

Il n'est pas rare qu'en certains points la substance fondamentale intermédiaire aux cellules subisse la transformation muqueuse. Cette transformation

(*) BORCHMEYER, Thèse de Wurzburg, 1889.