

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 fungus.

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,

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

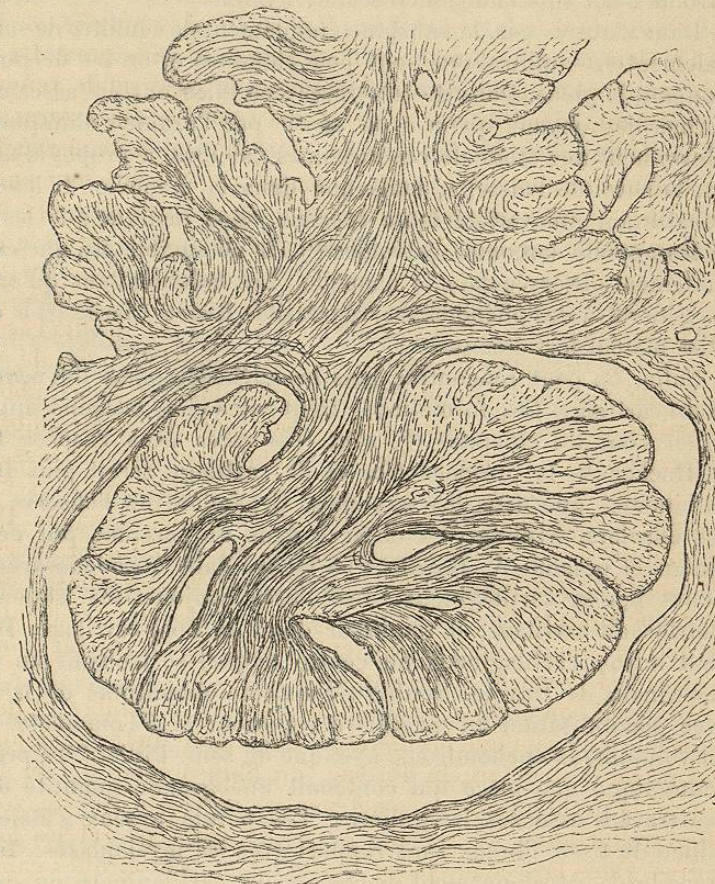


FIG. 175. — D'après Billroth.

(\*) BORCHMEYER, Thèse de Wurzburg, 1889.



peut être assez étendue pour que la tumeur mérite le nom d'adénomyxosarcome. On a même observé dans la mamelle des adénomyxomes sans aucun mélange de sarcome. Ces tumeurs évoluent absolument comme les adénosarcomes avec formation de kyste et végétations intra-kystiques, mais leur marche est plus lente. Virchow, Neumann, Labbé et Coyne (1) ont signalé des exemples de ce genre. Jungst (2) en a étudié un dans lequel une partie du stroma avait subi la dégénérescence hyaline.

Dans d'autres cas, la substance fondamentale s'infiltré de sels calcaires. Généralement ces infiltrations sont peu étendues et on les découvre par hasard en coupant la pièce. Dans de très rares cas elles ont été assez considérables pour former des noyaux qu'on a pu sentir par l'examen clinique. Dubar (3) a fait récemment une étude de ces sarcomes calcifiés, à propos d'un cas qui siégeait sur la paroi de l'aisselle, mais non dans la mamelle. Il les considère comme constituant une variété toute spéciale, plus maligne que les autres sarcomes, et les appelle sarcomes ostéoïdes (4). Il ne semble pas que cette variété ait été nettement observée dans la mamelle. Les calcifications qu'on y voit sont dues en général à des phénomènes régressifs. Bruce Clarke (5) a observé un cas où elles étaient fort étendues.

Enfin, on peut rencontrer dans les adénosarcomes du sein de l'os véritable et du cartilage. Ces formations, fréquentes chez certains animaux et en particulier chez les chiennes (6), sont très rares dans l'espèce humaine. D'après V. Hacker (7), la présence d'os et de cartilage serait plus fréquente dans les carcinomes que dans les sarcomes. Cependant on l'observe quelquefois dans ces derniers. Stilling (8) a observé dans un sarcome pur des noyaux cartilagineux et osseux. A. Bowlby (9) a trouvé dans un adénosarcome kystique plusieurs points cartilagineux. Les fibres conjonctives étaient restées comme matrice du cartilage, il s'agissait donc de fibro-cartilage. Battle (10) a vu un petit noyau cartilagineux au centre duquel se trouvait un os véritable avec des canaux de Havers. Soulier (11) a vu un chondrome de la région mammaire avec généralisation au maxillaire supérieur et à l'omoplate. Happel (12) décrit un volumineux enchondrome kystique du sein. Pilliet (13) a présenté à la Société anatomique une pièce qui contenait une grande quantité de myéloplaxes et des travées osseuses irrégulières. Les points osseux s'étaient développés au milieu du tissu fibreux sans rapport avec les myéloplaxes. Je n'insiste pas sur le mode de développement de ces noyaux cartilagineux ou osseux. C'est là un

(1) LABBÉ et COYNE,  *loco citato* , p. 522-526.

(2) JUNGST,  *Virchow's Arch.* , 1884, vol. XCV, p. 195. — La substance hyaline qu'a observée Jungst dans ce cas diffère un peu de celle de Recklinghausen. Elle n'est ni homogène, ni vitreuse, mais finement fasciculée. Toutefois, elle se rapproche plus de la substance hyaline que des substances colloïdes, amyloïdes ou de la mucine.

(3) DUBAR, Thèse de Paris, 1888.

(4) J'avertis que certains auteurs allemands appellent ostéoïd-sarcomes ceux qui contiennent de l'os véritable.

(5) BRUCE CLARKE,  *The Lancet* , 1890, t. I, p. 1179.

(6) LENOIR,  *Gazette méd. de Paris* , 1878, n° 52.

(7) V. HACKER,  *Arch. für klin. Chir.* , 1882, p. 614.

(8) STILLING,  *Deutsche Zeitschrift für Chir.* , 1881, vol. XV, p. 247.

(9) A. BOWLBY,  *Pathol. Soc. of London* , 1882, XXXIII, p. 306.

(10) BATTLE,  *Pathol. Soc. of London* , 1886, t. XXXVII, p. 475.

(11) SOULIER,  *Dauphiné médical* , novembre 1891.

(12) HAPPEL,  *Beiträge zur klin. Chir.* , t. XIV, p. 5.

(13) PILLIET,  *Bull. de la Soc. anat.* , décembre 1890, p. 552.

sujet fort intéressant, mais qui a trait plutôt à la pathologie générale qu'à la pathologie spéciale du sein (1).

On a signalé aussi quelques sarcomes télangiectasiques.

Au point de vue macroscopique, l'adénosarcome présente au début la même particularité que l'adénofibrome, il est encapsulé. Virchow distingue deux variétés : le sarcome circonscrit et le sarcome diffus. Il n'est pas démontré que l'adénosarcome puisse être diffus dès le principe, ni par suite qu'il faille conserver la division de Virchow. Au début, la majorité, sinon la totalité des adénosarcomes sont circonscrits et capsulés. Mais, dans les phases ultérieures de leur développement, ils peuvent devenir envahissants, forcer leur capsule et diffuser dans les tissus voisins.

La forme de la tumeur est irrégulière, à grosses lobulations arrondies. Le volume, naturellement variable, atteint souvent des proportions considérables. Les adénosarcomes kystiques sont de toutes les tumeurs du sein les plus volumineuses. On en a vu qui pesaient 7 livres (Ficher), 12 livres (Borchmeyer), 15 livres (de Wezyck) (2), 20 kilogrammes (Velpeau). Les kystes sont quelquefois énormes. On en a observé qui contenaient 1 litre de liquide (Labbé et Coyne). Les végétations intra-kystiques, irrégulières à leur surface, multi-mamelonnées, peuvent acquérir le volume du poing.

Sur la coupe, on distingue tantôt de simples fissures, quelquefois si multipliées qu'elles la font ressembler, suivant la comparaison de Virchow, à celle d'une tête de chou, tantôt des kystes énormes avec des végétations volumineuses. Le tissu sarcomateux est d'un blanc grisâtre, souvent tout à fait uniforme dans son ensemble. Quelquefois certains points sont ramollis et laissent suinter un liquide séreux, ou bien on trouve un magma d'un rouge sombre, vestige d'épanchements sanguins. D'autres points frappent par leur coloration jaunâtre : ce sont ceux qui ont subi la dégénérescence granulo-graisseuse. Tantôt le tissu est ferme (sarcome fasciculé), tantôt il est absolument mou (sarcome encéphaloïde) et donne un suc abondant.

Tant que la tumeur est capsulée, elle se développe excentriquement par prolifération de ses propres éléments. Mais dans les périodes ultimes, quand la capsule est rompue, le néoplasme diffuse dans les tissus voisins. Il envahit la peau, la paroi thoracique, les côtes et jusqu'à la plèvre; il y a des cas où l'ablation a entraîné l'ouverture de la cavité pleurale.

**Étiologie.** — Les adénosarcomes du sein sont relativement rares. D'après Schuoler (3), ils représentent 10 pour 100 de toutes les tumeurs du sein, et 7,05 pour 100 seulement d'après Schmidt (4).

Si l'on en croit Schuoler, le côté gauche serait plus souvent frappé. Il donne les chiffres suivants : 21 à gauche, 14 à droite, 4 doubles. Cette proportion de 4 tumeurs doubles sur 59 est certainement trop élevée. Sur 156 cas, Gross (5) n'a trouvé que 10 cas de sarcomes multiples. Dans 7 cas, il y avait plusieurs tumeurs dans un seul sein, dans 2 cas les deux seins étaient pris, et dans le 10<sup>e</sup> cas, il y avait 4 tumeurs dans l'un des seins et 1 dans l'autre.

(1) Dans la statistique de Gross, les sarcomes cartilagineux comptent pour 1,21 pour 100, les sarcomes ostéoïdes pour 1,50 pour 100, les sarcomes calcifiés pour 2,56 pour 100.

(2) DE WEZYCK, Thèse de Paris, 1876.

(3) SCHUOLER,  *Correspondenzblatt für schw. Aerzte* , 1890, p. 285.

(4) SCHMIDT,  *Brun's Beitr. zur klin. Chir.* , 1889, vol. IV, p. 40.

(5) GROSS,  *Amer. Journal of med. sciences* , 1887, t. XCIV, p. 17.



Le plus grand nombre des adénosarcomes se rencontre entre trente et quarante ans (Billroth), entre trente et cinquante (Schuoler, Gross). D'après la statistique de Gross, ils sont encore fréquents entre cinquante et soixante. Ils peuvent d'ailleurs se développer à tout âge, puisque la plus jeune malade observée avait neuf ans et la plus âgée soixante-quinze. D'après Gross, le sarcome à cellules fusiformes se rencontrerait de préférence chez les femmes jeunes et le sarcome à cellules géantes et à cellules rondes chez les femmes âgées.

Billroth attache une certaine importance étiologique aux grossesses antérieures : les faits n'ont pas confirmé son opinion. Estlander<sup>(1)</sup>, sur 9 cas, compte 4 femmes mariées et 5 célibataires. Il ne semble pas non plus que l'allaitement ait une importance étiologique. Des 5 femmes observées par Fischer, aucune n'avait nourri. Mais, en revanche, la lactation a une importance certaine sur la marche de ces tumeurs, qu'elle accélère d'une manière notable, ainsi que le prouvent les faits de Borchmeyer et de Chrétien. Les traumatismes ne sont pas assez souvent indiqués dans les observations pour qu'on puisse leur attribuer grande importance. Labbé et Coyne, Duplay pensent que beaucoup d'adénosarcomes se développent aux dépens d'adénofibromes. Cette opinion est parfaitement justifiée par les faits.

**Symptômes.** — « On a signalé, comme annonçant dans certains cas le début du sarcome mammaire, des névralgies tenaces, ou des sensations plus ou moins vagues de plénitude, de tension exagérée au moment des règles. Il est bien certain que le plus souvent les malades s'aperçoivent par hasard de la présence du noyau d'origine de la tumeur en un point du sein qui ne leur était indiqué par aucune sensation spéciale » (Duplay). La petite tumeur, circonscrite, mobile, indépendante de la glande, occupant le plus souvent la partie supérieure et externe du sein, présente tous les caractères de l'adénofibrome et ne peut en être cliniquement distinguée. Elle reste parfois longtemps dans cet état, mais surtout dans les cas où l'adénosarcome se développe aux dépens d'un adénofibrome préexistant. En général, la marche est assez rapide. La tumeur acquiert le volume d'une orange, du poing, et elle devient très souvent beaucoup plus grosse; je le répète encore une fois, les adénosarcomes sont de toutes les tumeurs du sein les plus volumineuses.

Les variétés de formes de ces tumeurs sont nombreuses, mais peuvent être ramenées à deux types principaux. Quand elles ne contiennent pas de kystes, elles restent souvent sphériques ou ovoïdes, régulières, sans saillies ni bosselures. Cette forme, qui est relativement rare, correspond peut-être au sarcome proprement dit. Bien plus souvent, la tumeur, tout à fait irrégulière, présente de grosses bosselures, de gros mamelons arrondis, qui rappellent la forme de certaines pommes de terre, mais avec des dimensions colossales. Cet aspect est parfois tellement caractéristique, que la vue seule permet de faire le diagnostic d'adénosarcome.

Quelle que soit la forme de la tumeur, elle présente non seulement au début, mais pendant la plus grande partie de son évolution et quelquefois jusque dans ses périodes ultimes, un caractère important; elle est parfaitement mobile, mobile sous la peau, mobile sur les parties profondes, mobile sur le reste de la glande. Ajoutez à ce signe capital cet autre que les ganglions sont indemnes.

<sup>(1)</sup> ESTLANDER, *Revue mens. de méd. et de chir.*, 1880, p. 585.

La consistance est variable. Elle est habituellement ferme, un peu élastique quand il n'y a pas de kystes volumineux. Les gros kystes donnent quelquefois une sensation de fluctuation très nette. Quand ils sont multiples, on peut sentir plusieurs foyers de fluctuation indépendants les uns des autres. Quelquefois, mais cela est exceptionnel, en déprimant la paroi d'un kyste, on arrive à sentir la surface irrégulière de la végétation, qui s'est développée dans son intérieur. Si cette végétation est volumineuse et pédiculée, on peut la faire balloter dans le liquide, comme la tête du fœtus dans les eaux de l'amnios.

L'écoulement de sérosité par le mamelon peut se rencontrer dans les adénosarcomes comme dans les adénofibromes. Je renvoie, pour l'étude de ce symptôme, au chapitre précédent.

Quand la tumeur est très volumineuse, la peau distendue, amincie, qui laisse transparaitre les veines sous-cutanées, arrive à s'ulcérer. Quelquefois un kyste se crève et se vide, puis les végétations qu'il contenait viennent faire saillie à l'extérieur et s'ulcèrent à leur tour. Le pourtour de l'ulcération cutanée n'a aucune adhérence avec la tumeur. On peut introduire un stylet entre la peau décollée et le néoplasme. Lorsqu'une végétation est venue faire saillie au dehors, le stylet s'engage dans un sillon profond, vestige de l'ancien kyste.

Ce mode d'ulcération par distension n'est pas le seul possible. Il importe de le distinguer de celui qui reste à décrire et qui est la preuve que la tumeur est entrée dans une nouvelle phase bien plus grave. En effet, après être restée un certain temps encapsulée, soit à la suite d'un traumatisme, soit à l'occasion d'une grossesse, soit même sans cause apparente, la tumeur prend tout à coup une marche plus rapide. La prolifération cellulaire devient plus active, la capsule envahie est rapidement détruite, et le sarcome pénètre les tissus voisins. La tumeur de circonscrite est devenue diffuse, elle n'a plus de limites nettes, elle s'étend de proche en proche. En arrière, elle pénètre à travers la paroi thoracique jusque dans la plèvre. En avant, elle envahit la peau, la détruit, et il se forme de vastes ulcérations souvent portées sur des mamelons saillants, ulcérations à surface irrégulière, sanieuse, infiltrée de sang et de muco-pus, d'où pendent des bourgeons néoplasiques, déchiquetés, sphacelés. La sécrétion est purulente, abondante et infecte. Souvent ces larges ulcérations donnent lieu à des hémorragies répétées, quelquefois considérables; dans un cas de Borchmeyer, il fallut faire la transfusion. La santé générale, qui était restée longtemps intacte, minée par cette suppuration, par les hémorragies, s'altère gravement, et la mort par épuisement ne tarde pas à survenir, si la généralisation ne l'a pas entraînée plus tôt.

Les ganglions sont rarement pris dans les adénosarcomes; cependant ils peuvent être envahis même avant l'ulcération de la tumeur. Sur 5 cas, Fischer a constaté 2 fois l'engorgement ganglionnaire; cette proportion me paraît excessive. Sur 156 cas, Gross ne l'a relevé que 19 fois, et encore 5 fois seulement le néoplasme les avait envahis; dans les 16 autres cas, il s'agissait d'adénopathie inflammatoire.

Enfin il faut noter que, dans quelques cas, les sarcomes déterminent de la fièvre. Je parle, naturellement, des sarcomes non ulcérés. Steinberger<sup>(1)</sup> a rapporté l'observation d'une malade qui avait tous les soirs 38°,5.

**Marche.** — La marche des adénosarcomes est très irrégulière. Pour en donner

<sup>(1)</sup> STEINBERGER, *Wiener med. Presse*, 24 nov. 1889, vol. XXX, p. 184.