

une idée, il suffit de dire que, d'après la statistique de Schubler, il s'est écoulé entre la première constatation de la tumeur et l'opération de quatorze jours à trente-neuf ans. Certains adénosarcomes marchent d'emblée avec une extrême rapidité, tandis que d'autres paraissent rester longtemps à l'état d'adénofibrome. Mais, tôt ou tard, la marche devient rapide. Souvent elle se fait par à-coups. En quelques jours, la tumeur augmente considérablement de volume, puis son accroissement se ralentit, pour reprendre plus tard : ce développement par saccades tient habituellement à des hémorragies interstitielles. L'influence de la grossesse et de l'allaitement sur le développement des sarcomes est manifeste. J'ai déjà cité à ce propos l'observation de Chrétien. Cordier⁽¹⁾ rapporte une observation de Tillaux où cette influence est également nette. Dans un cas de Borchmeyer, une tumeur qui existait depuis six ans se mit à croître avec une extrême rapidité et trois jours avant l'accouchement se rompit en donnant lieu à une hémorragie formidable. Quand la tumeur est devenue diffuse, la marche prend une allure plus rapide et régulièrement progressive.

Pronostic. — « Les sarcomes, dit Butlin, ont montré une malignité qui n'est pas inférieure à celle du plus malin carcinome. » Certains sarcomes sont, en effet, par la rapidité de leur évolution et de leur généralisation, plus terribles que bien des carcinomes.

La généralisation se fait habituellement par la voie sanguine, très rarement par la voie lymphatique. C'est là ce qui fait que les sarcomes sont de toutes les tumeurs les plus insidieusement traîtresses. Pour les cancers, la généralisation par la voie sanguine est tellement exceptionnelle, que, si les ganglions sont sains, on peut être à peu près sûr que l'organisme n'est pas infecté et que l'opération pourra être curative. Avec les sarcomes, au contraire, tout est incertain. Les ganglions sont normaux, mais peut-être y a-t-il déjà dans les poumons, dans le foie, dans le cerveau, des noyaux de généralisation qui échappent à toute investigation clinique. C'est ainsi qu'on peut voir des malades succomber quelques mois après l'opération sans présenter la moindre récidive locale. Les morts par métastase atteignent, dans la statistique de Schuoler, le chiffre de 12,4 pour 100.

Les récidives diffèrent par certains points de la tumeur bénigne. Elles ne sont jamais encapsulées; diffuses dès le début, elles s'étendent rapidement et présentent en somme un caractère plus malin que la tumeur qui leur a donné naissance.

La fréquence des récidives est très diversement appréciée par les auteurs. D'après Schuoler, elle serait de 25 pour 100. Gross arrive à la proportion, qui paraît excessive, de 65 pour 100 pour les sarcomes à cellules fusiformes, de 60 pour 100 pour les sarcomes à cellules rondes, et de 57 pour 100 pour les sarcomes à cellules géantes.

Il serait bien intéressant de savoir si le pronostic des adénosarcomes diffère de celui des sarcomes purs; malheureusement les statistiques n'ont pas été faites dans ce sens, et elles seraient bien difficiles à établir, car on a souvent confondu le sarcome pur et l'adénosarcome. Cependant, Schuoler nous dit que dans les cystosarcomes les métastases sont rares. Cela semblerait prouver que le pronostic des adénosarcomes est moins grave que celui des sarcomes.

⁽¹⁾ CORDIER, Thèse de Paris, 1880, p. 16.

Diagnostic. — Au début, il est tout à fait impossible de distinguer l'adénosarcome de l'adénofibrome. Tant que la tumeur n'a pas dépassé le volume d'une pomme ou d'une orange, ses caractères sont absolument ceux d'une tumeur bénigne, et on ne pourrait soupçonner le diagnostic que si elle s'était développée très rapidement.

Mais ce n'est pas seulement avec l'adénofibrome qu'on peut confondre l'adénosarcome. En voici la preuve dans un fait rapporté par Steinberger⁽¹⁾. Une femme de quarante-deux ans porte dans le sein une tumeur du volume du poing, mobile, ayant débuté un an auparavant à la suite d'un traumatisme. La tumeur est fluctuante; il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire et la malade a tous les soirs de la fièvre; la température monte à 38°,5. S'agit-il d'une tumeur ou d'un abcès chronique? L'opération a montré qu'il s'agissait d'un sarcome fusocellulaire avec un kyste plein de sang épais et de caillots. Il faut connaître cette fièvre des néoplasmes, sur laquelle a insisté Verneuil, et savoir que l'élévation de température n'autorise pas, à elle seule, à rejeter le diagnostic de tumeur.

Quand l'adénosarcome a acquis un gros volume, ce volume même constitue une grande probabilité pour le diagnostic. Il n'y a que le sarcome qui produise ces énormes tumeurs, qui atteignent ou dépassent le volume des deux poings, d'une tête de fœtus, sans ulcérer la peau. Dans certains cas, surtout quand la tumeur contient des kystes, sa physionomie clinique devient si caractéristique que le diagnostic saute pour ainsi dire aux yeux. Le sein est déformé, amplifié, bossué par une énorme tumeur irrégulière à grosses saillies arrondies, qui peut dépasser les limites de l'organe. Le mamelon étalé est rejeté sur le côté. La peau, intacte, est sillonnée de veines distendues. Mais la tumeur est parfaitement mobile, il n'y a pas de ganglion, pas de douleur et l'état général est parfait. Une telle tumeur ne peut être qu'un adénosarcome.

Après ulcération, le diagnostic reste facile si la peau s'est ulcérée par distension. Les bords décollés, l'absence d'adhérence de la peau montrent vite qu'il ne s'agit pas d'un cancer. Quand l'ulcération s'est faite par envahissement, le cas est plus délicat. Cependant le volume de la tumeur, sa marche, l'aspect de l'ulcération, permettent le plus souvent de faire le diagnostic.

Il ne faut pas oublier, quand on a affaire à un sarcome, d'examiner avec soin tous les viscères et particulièrement les poumons et le foie.

Traitement. — Le seul traitement des sarcomes et adénosarcomes du sein est le traitement opératoire. Quand on a diagnostiqué une de ces tumeurs, s'il n'y a pas de signe de généralisation, il faut l'enlever au bistouri. Si la tumeur était très petite et bien nettement capsulée, on pourrait se contenter de faire une amputation cunéiforme. Mais, en général, quand il s'agit de sarcomes et surtout de sarcomes diffus, on ne peut savoir jusqu'où s'étend la zone suspecte, et le mieux est d'enlever toute la mamelle. Si les ganglions ne sont pas engorgés, il est inutile de faire le curage de l'aisselle. Quand ils sont tuméfiés, quelle conduite tenir? Faut-il s'en remettre à la statistique de Gross, qui nous dit que 16 fois sur 19 ces ganglions tuméfiés étaient simplement inflammatoires, et les laisser en place dans l'espoir qu'ils se résoudront? Je ne le pense pas. Si les ganglions sont engorgés, il faut les enlever sans hésiter. Avec la sécurité opératoire d'aujourd'hui, il y aurait bien plus d'inconvénient

⁽¹⁾ STEINBERGER, *Wiener med. Presse*, 24 novembre 1889, vol. XXX, p. 184.

à laisser dans l'aisselle un seul ganglion sarcomateux qu'à en enlever dix enflammés.

Si, après l'opération, la tumeur récidive, il ne faut se laisser effrayer ni par l'apparence maligne de la récidive, ni par la crainte de la généralisation. Le devoir du chirurgien est d'opérer tant que la récidive est opérable et que la généralisation n'est pas prouvée. On peut obtenir la guérison définitive après plusieurs opérations. Si on n'obtient pas la guérison, du moins on prolonge la vie. Butlin⁽¹⁾ cite des cas où l'on a enlevé des récidives successives pendant quinze et vingt années.

IV

TUMEURS ÉPITHÉLIALES

Je n'ai pas à m'occuper ici des épithéliomes en général⁽²⁾. Je me borne à rappeler que le carcinome n'est qu'une variété d'épithéliome, l'épithéliome infiltré.

Anatomie pathologique. — Je vais étudier d'abord une forme d'épithéliome, relativement rare, que M. Cornil a décrite sous le nom d'épithéliome papillaire⁽³⁾, et qu'il appelle plus volontiers aujourd'hui épithéliome dendritique. Voici la description qu'en a donnée M. Cornil : « Les canaux galactophores sont entièrement dilatés et remplis de végétations énormes, portant des bourgeons secondaires souvent anastomosés entre eux. Des travées fibreuses, minces, séparent les énormes alvéoles ainsi constitués. Les végétations et bourgeons remplissent les alvéoles et s'insèrent généralement en deux ou trois points à leur paroi. Avec un plus fort grossissement, on reconnaît qu'ils sont formés de tissu conjonctif revêtu d'un épithélium cylindrique à deux ou trois couches (fig. 175). Dans les cavités anfractueuses qui existent entre les végétations, on trouve souvent du mucus..., ailleurs des masses verdâtres composées de corpuscules granuleux de Gluge avec des cellules épithéliales en dégénérescence muqueuse. On y voit aussi des cristaux d'acides gras; assez souvent on constate à l'extrémité libre des cellules cylindriques de revêtement des globes du mucus qui s'en détachent. Il n'y a pas d'autres lésions dans les tumeurs de ce genre. La dissociation de pièces fraîches permet d'extraire de ces cavités kystiques les masses bourgeonnantes qui sont souvent longues et envoient des branches dans les ramifications du canal galactophore. »

Cette forme histologique avait été déjà décrite par Cornil et Ranvier sous le nom de carcinome villos. On en a publié en Angleterre, sous divers noms, un certain nombre d'exemples⁽⁴⁾, qui permettent de suivre le développement de

⁽¹⁾ BUTLIN, *Operat. surg. of malignant diseases*, p. 552.

⁽²⁾ Voy. sur ce sujet l'article de Quénu dans le premier volume de ce traité et mes articles sur les néoplasmes dans le premier volume du *Traité de chirurgie clinique et opératoire*.

⁽³⁾ CORNIL, *Bull. de la Soc. anat.*, 1886, p. 482.

⁽⁴⁾ J. GODLEE, *On anomalous form of blood-cyst*. *Trans. of the pathol. Soc. of London*, 1876, vol. XXVII, p. 270. — BILTON, POLLARD, *Duct-papilloma of the breast*. *Ibid.*, 1886, vol. XXXVII, p. 485. — H.-T. BUTLIN, *Recurrent melanotic sarcoma of the breast*. *Ibid.*, 1887, vol. XXXVIII, p. 545. — A. BOWLBY, *Cases illustrating the clinical course and structure of duct-cancer of*

cette affection. Au début et dans la forme la plus simple, la lésion est très limitée (cas de Bilton, Pollard et de Barker). On trouve dans un petit kyste un seul bourgeon principal, coiffé d'une multitude de ramifications secondaires. La tumeur a l'aspect d'un petit polype, visible à l'œil nu : c'est une sorte de papillome arborescent. Lorsqu'on fait dans ces petites tumeurs des coupes passant par les bases des ramifications secondaires, le squelette conjonctivo-vasculaire de ces ramifications semble former des alvéoles, qui sont remplis par leur revêtement épithélial, et l'aspect ressemble à celui d'un carcinome. Les végétations peuvent s'étendre sur une grande longueur des canaux galactophores. Il est probable aussi qu'elles peuvent se produire jusque dans les acini. Dans certains cas, il est impossible de dire, d'après l'examen des coupes, si les petites travées conjonctives sont dues à de véritables végétations, ou bien si elles ne sont pas le reste de cloisons interacineuses en parties détruites. Dans cette dernière hypothèse, la cavité kystique serait représentée par tout un lobule dont les acini seraient devenus confluent, et les pseudo-végétations seraient le

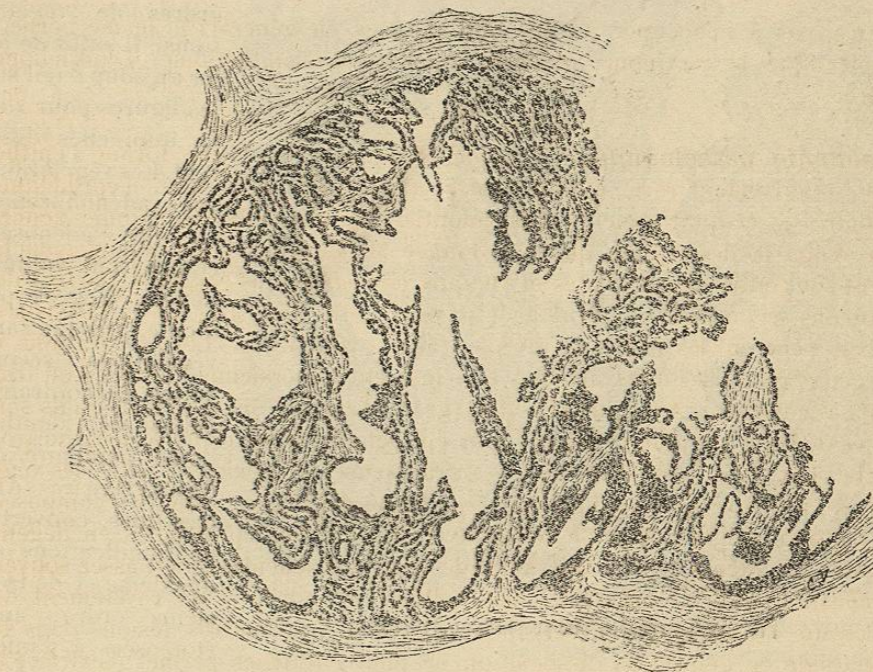


Fig. 174. — D'après une préparation de Pilliet.

vestige des cloisons interacineuses. Les tumeurs formées par l'épithéliome dendritique sont assez souvent multiples dans la même mamelle.

Voici une figure qui représente un type de cette variété d'épithéliome

villous carcinomas of the breast. *Saint-Barthol. hosp. Rep.*, 1888, vol. XXIV, p. 262. — BATTLE, *Duct-cancer of the breast*. *Transact. of the pathol. Soc. of London*, 1888, vol. XXXIX, p. 522. — B. PITTS, *Villous carcinoma of the breast*. *Ibid.*, 1888, vol. XXXIX, p. 519. — ROBINSON, *Duct-cancer of the breast*. *Ibid.*, 1887, p. 285, et 1890, vol. XLI, p. 221. — T.-W. NUNN, *Ibid.*, p. 224. — BARKER, *On the histology of a case so called « duct-cancer »*. *British med. Journal*, 1890, t. I, p. 590. — Je crois qu'il faut aussi ranger dans cette classe le fait publié par Reverdin et Mayor (*Revue méd. de la Suisse rom.*, 1890, p. 464).