

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

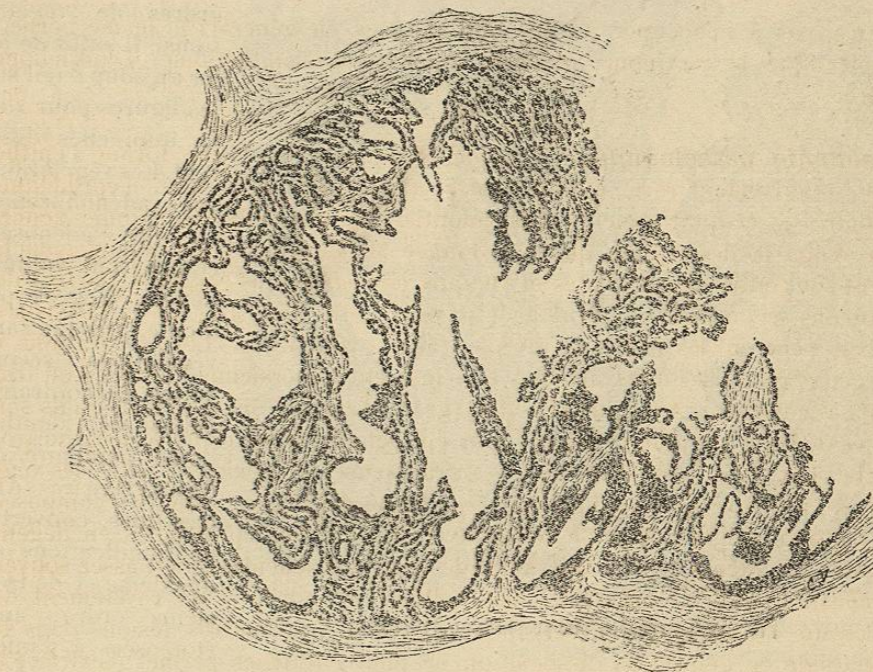


Fig. 174. — D'après une préparation de Pilliet.

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).

(fig. 174). Le diagnostic clinique avait été, dans ce cas, maladie kystique. Sur la figure 175, on voit une autre variété de cette même forme. Ce sont là des tumeurs à évolution relativement lente, mais des tumeurs malignes. On peut voir, sur les dessins ci-joints, qu'en certains points les cellules épithéliales ont déjà pénétré dans les espaces lymphatiques du tissu conjonctif.

Nous avons vu que, dans les adénofibromes et dans les adénosarcomes, on rencontre souvent des végétations intra-kystiques. On pourrait se demander,

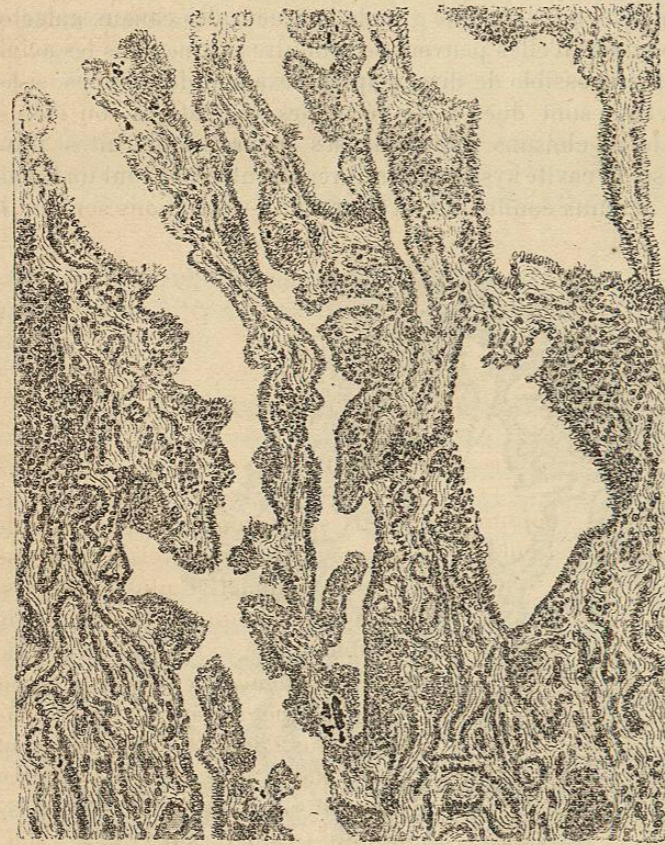


Fig. 175. — D'après une préparation de Cornil.

quelle différence il y a entre les végétations de l'adénofibrome et celles de l'épithéliome papillaire. Dans les cas types, on n'éprouve aucun embarras à distinguer ces deux ordres de végétations. Il suffit de jeter un coup d'œil sur les figures pour voir en quoi elles diffèrent. Les végétations des adénofibromes ou des adénosarcomes sont volumineuses, à gros pédicule, presque sans végétations secondaires. Au contraire, celles de l'épithéliome papillaire ou dendritique sont très fines, couvertes de ramifications de deuxième et de troisième ordre, anastomosées à l'infini et forment des dessins très élégants. Mais il y a certainement entre ces deux ordres de végétations des formes intermédiaires dont l'interprétation est très difficile. J'ai vu sur la même pièce des végétations qui avaient absolument le type de celles des adénofibromes et d'autres qui étaient tout à fait semblables à celles des épithéliomes dendritiques. La forme des cellules, qui deviennent toujours cylindriques dans les épithéliomes dendritiques, ne peut pas servir de critérium absolu, car on rencontre aussi des cellules cylindriques même très élevées dans les adénofibromes (voy. fig. 167, p. 888). Tout ce qu'on peut dire, c'est que les ramifications fines, délicates, déliées, doivent toujours être tenues pour suspectes et faire réserver le pronostic.

Habituellement, les végétations de l'épithéliome dendritique sont très vasculaires. Elles sont souvent le siège d'hémorragies interstitielles, et la couleur

foncée due à ces hémorragies a pu les faire prendre à un premier examen pour des sarcomes mélaniques.

J'arrive maintenant à l'étude de l'épithéliome vulgaire de la mamelle. Il prend le plus souvent naissance au niveau des acini.

Dans la première phase, on trouve des boyaux épithéliaux pleins, qui sur une coupe se présentent sous forme de noyaux tantôt arrondis, tantôt irréguliers. Les cellules épithéliales qui les remplissent reposent à la périphérie directement sur le tissu conjonctif. Ces noyaux sont séparés les uns des autres, par de minces travées conjonctives, et ils sont groupés au nombre de 50, 40 ou 50. Chaque groupe est entouré et séparé des groupes voisins par une travée conjonctive plus épaisse, si bien que, lorsqu'on regarde l'ensemble d'une coupe à un faible grossissement, on a l'impression que chaque noyau est formé par un acinus énormément distendu et que chaque groupe de noyaux représente un lobule. Cette disposition est très nette sur la figure 179, où l'on voit un lobule devenu épithéliomateux. Les conduits peuvent être également bourrés de cellules épithéliales et distendus par elles (fig. 177).

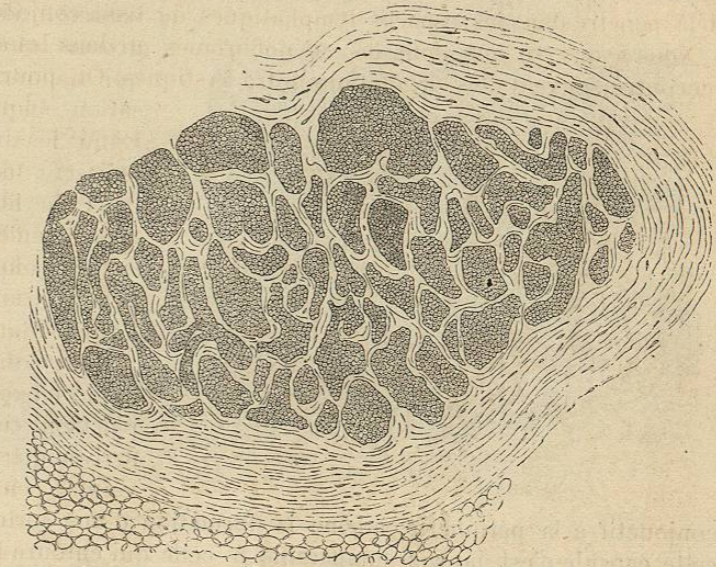


Fig. 176. — D'après Labbé et Coyne.



Fig. 177. — D'après Duplay.

C'est cette forme que Labbé et Coyne appellent épithélioma intracanaliculaire, et Billroth, si je ne me trompe, carcinome acineux. Je ne crois pas qu'il faille faire de cette forme une espèce particulière, c'est simplement un mode de début des épithéliomes ordinaires. Quelquefois, suivant la forme des acini distendus, et peut-être aussi suivant la direction des coupes, les noyaux épithéliaux, au lieu d'avoir une forme plus

ou moins arrondie, se présentent sous la forme de tubes pleins (épithéliome cylindrique tubulé, carcinome tubulaire de Billroth). Cette différence morphologique n'a aucune importance.

Dans le développement ultérieur, les boyaux épithéliaux augmentent de volume, ils repoussent les grosses cloisons conjonctives qui s'amincissent et l'organisation en lobules disparaît. Enfin les boyaux épithéliaux poussent des prolongements dans tous les sens, ils s'anastomosent entre eux et prennent sur les coupes les aspects les plus irréguliers, comme sur la figure 178.

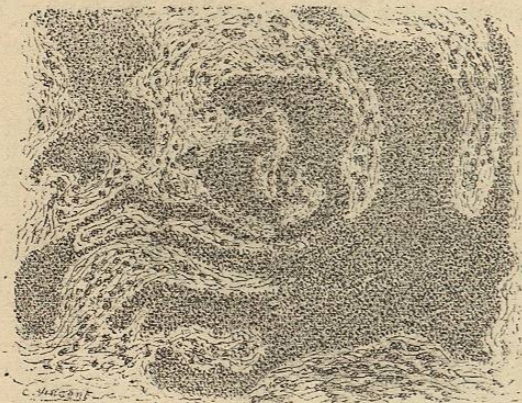


Fig. 178.

Dans les premières phases le développement est principalement central, aussi peut-il arriver que l'augmentation de volume, en refoulant le tissu conjonctif à la périphérie, amène la formation d'une sorte de capsule. Mais cette capsule n'est jamais comparable à celle qui entoure les adénofibromes : elle n'est qu'ébauchée, et reste toujours incomplète. Quand on a trouvé autour des épithéliomes une capsule bien développée, il s'agissait toujours de vieilles tumeurs ayant subi dans les derniers temps une poussée plus active; c'étaient des adéno-fibromes en train d'évoluer vers l'épithéliome et non des épithéliomes primitifs.

Tant que le développement se fait ainsi, le tissu conjonctif est refoulé et, ainsi que l'ont montré Labbé et Coyne, les espaces lymphatiques restent à distance des boyaux épithéliaux. Mais c'est une phase qui ne dure guère dans les épithéliomes. Bien vite, le développement devient excentrique, les cellules épithéliales s'infiltrent dans les espaces conjonctifs et cheminent à grande distance. L'épithéliome est devenu infiltré. La tumeur est constituée par un stroma de tissu conjonctif, abondamment chargé de fibres élastiques, qui porte des vaisseaux presque toujours altérés et qui renferme dans ses mailles des cellules épithéliales de formes et de volume variables à l'infini. La disposition de ces cellules n'est pas moins variable que leur aspect. Tantôt elles forment de longs boyaux minces, allongés dans le sens des faisceaux du tissu conjonctif, qui contiennent à peine deux ou trois cellules de front (fig. 179);

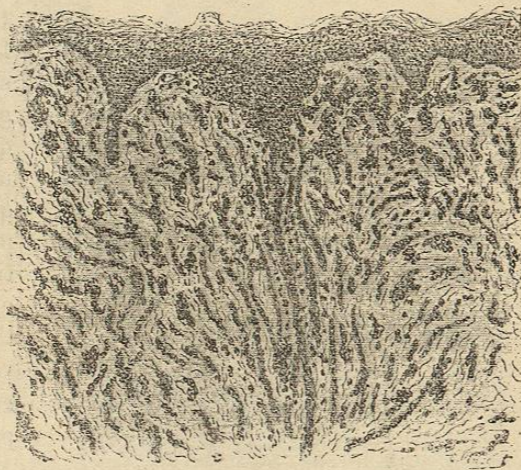


Fig. 179. — D'après une préparation de Latteux.

tantôt ce sont de gros ilots enfermés dans des sortes d'alvéoles (carcinome alvéolaire, fig. 180). Ces prétendus alvéoles ne sont que la coupe de boyaux

pleins. Il faut bien savoir que, comme l'a montré Brault (1), la forme alvéolaire n'est nullement caractéristique du carcinome.

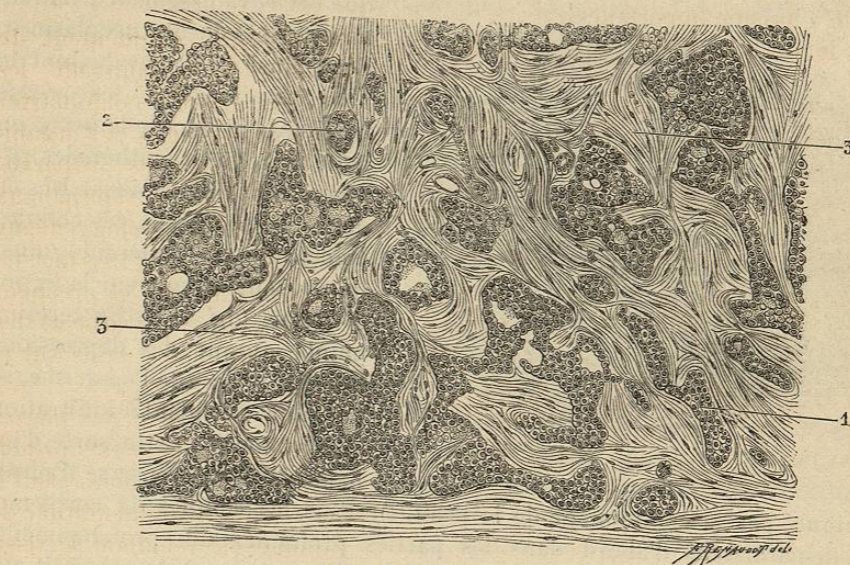


Fig. 180. — D'après Duplay.

Dans l'épithéliome infiltré, dans le carcinome, l'augmentation de la tumeur



Fig. 181.

se produit surtout par envahissement. C'est là ce qui fait la caractéristique de ces tumeurs et leur malignité. Les cellules épithéliales prolifèrent abondam-

(1) Voy. t. I, p. 354 de ce traité.

ment; elles cheminent au loin dans les espaces lymphatiques, détruisant tous les tissus qu'elles rencontrent et se substituant à eux. Rien ne montre mieux

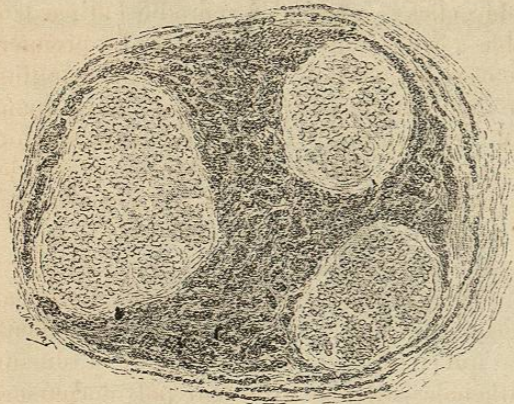


Fig. 182.

que cet envahissement le caractère terrible de ces néoplasmes. C'est ainsi qu'ils envahissent la peau, les muscles, les os, les nerfs. Au niveau de la peau, on voit les cellules épithéliales pénétrer dans les papilles. Dès le début du processus, les cellules épidermiques s'altèrent, ainsi qu'on peut le voir sur la figure ci-dessus (fig. 181). En certains points, autour des dépressions interpapillaires de l'épiderme, se fait une abondante infiltration embryonnaire. Cette sorte d'inflammation scléreuse se traduit,

en clinique, par le capitonnage de la peau (1). Puis les cellules du corps muqueux disparaissent d'abord dans les parties profondes des prolongements interpapillaires. Les papilles se nivellent, disparaissent comme on le voit sur la figure 181, et la tumeur se substitue à la peau. De même, les cellules épithéliales infiltrant et détruisent les muscles (2), les os. Elles pénètrent aussi dans les nerfs (voy. fig. 182). Il semble même qu'elles trouvent une voie favorable à leur migration dans la gaine lamelleuse des nerfs (3). Elles y cheminent parfois très loin.

Les vaisseaux sanguins, artériels et veineux présentent des altérations notables et peuvent être également envahis (4). Mais ce sont les lymphatiques qui constituent la voie élective pour la diffusion et la propagation du carcinome. Les alvéoles carcinomateuses sont en pleine communication

(1) DOUTREPEONT (*Arch. für klin. Chir.*, t. XII, p. 551) est, je crois, le seul qui ait constaté des altérations des glandes de la peau. Il s'agissait d'un cancer colloïde.

(2) CHRISTIANI, *Arch. de phys.*, 1887.

(3) PILLIET, *Bull. de la Soc. anat.*, mai 1883, p. 585. — OIRY, Thèse de Paris, 1890.

(4) MAYOR et QUÉNU, *Revue de chir.*, 1881, et t. I, p. 388, de ce traité.

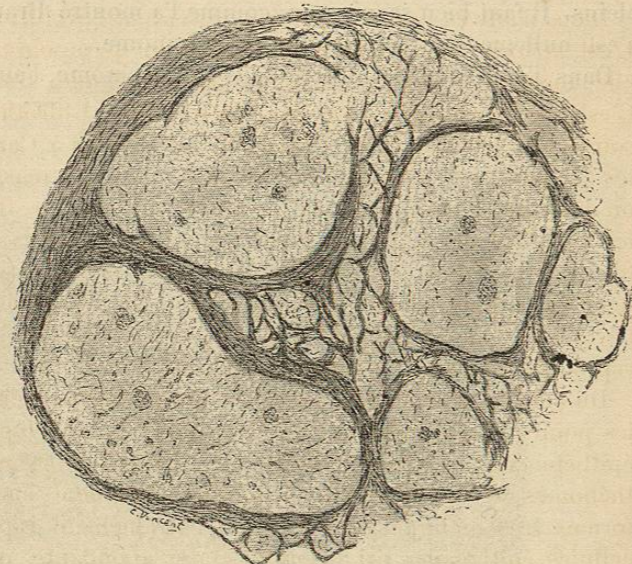


Fig. 185. — D'après une préparation de Cazin.

avec les lymphatiques, ou plutôt ce sont de simples espaces lymphatiques élargis. On comprend donc que les cellules épithéliales qui les occupent puissent facilement gagner les troncs lymphatiques. Elles sont alors entraînées au loin, et, si elles trouvent un terrain favorable, elles s'y greffent et reproduisent par leur développement une tumeur semblable à celles dont elles viennent. La première étape où elles s'arrêtent d'ordinaire c'est le ganglion. Il semble que le ganglion constitue dans une certaine mesure une barrière à la propagation. Mais, quand il est devenu lui-même cancéreux, il forme un nouveau foyer de dissémination. Le transport par les lymphatiques se fait de deux façons : tantôt les cellules épithéliales passent dans les troncs sans les altérer, c'est ce qui arrive le plus souvent à la mamelle; tantôt elles se greffent dans les troncs eux-mêmes et il se développe une véritable lymphangite cancéreuse (1).

J'ai indiqué en gros la structure, l'origine et l'évolution du cancer épithélial, il me reste à montrer les diverses altérations que peuvent subir les éléments qui le constituent et les modifications qui en résultent dans le type de la tumeur.

Je n'étudierai pas les cellules épithéliales altérées avec leur polymorphisme, qui les a fait considérer autrefois comme caractéristiques du cancer, et leur a valu le nom de cellules cancéreuses. Je n'indiquerai que les altérations qui modifient le type anatomique ou clinique du néoplasme.

Dans les épithéliomes, les cellules épithéliales subissent parfois une sorte de désintégration granulo-graisseuse, et il en résulte la formation de kystes rarement considérables, souvent très nombreux.

Dans d'autres cas, les cellules présentent l'évolution muqueuse ou colloïde. C'est surtout dans le carcinome alvéolaire qu'on observe cette dégénérescence; elle constitue le carcinome muqueux ou colloïde, *Gallertkrebs* des Allemands. C'est une forme assez rare dans la mamelle. Billroth en cite 7 cas, plus 1 personnel. En voici un nouvel exemple, que je dois à Cazin. On voit que (fig. 185) les alvéoles sont complètement remplis par une masse colloïde, dans laquelle on distingue à peine quelques vestiges de cellules. Il n'est pas rare que, dans les tumeurs de ce genre, les travées conjonctives soient œdémateuses; les fibrilles sont alors séparées par une substance claire et les préparations prennent une netteté idéale. L'évolution colloïde n'est pas un simple incident dans l'évolution du carcinome : elle constitue une véritable variété, car elle se reproduit dans les tumeurs secondaires.

Du côté du stroma on rencontre aussi des particularités nombreuses. Dans les points où le processus envahisseur est actif, on voit autour des boyaux épithéliaux une grande quantité de cellules embryonnaires. Dans certains épithéliomes le stroma reste même partiellement embryonnaire. Ce sont des formes très malignes, à évolution extrêmement rapide. La prolifération des cellules épithéliales est, semble-t-il, si abondante, que le stroma n'a pas le temps de la suivre et reste à un état presque embryonnaire au lieu de subir son évolution complète et de devenir fibreux.

Quelquefois le stroma subit une dégénérescence myxomateuse; ainsi se forme l'épithéliome myxoïde, dont voici un exemple (fig. 184). Il faut bien se garder de confondre cette forme avec le carcinome colloïde, dans lequel la disposition est en quelque sorte inverse. Dans le carcinome colloïde, c'est la partie épithéliale qui est modifiée et présente l'évolution colloïde; au contraire, dans l'épi-

(1) TROISIER, Thèse de Paris, 1874.