

thélioma myxoïde, c'est le stroma qui devient myxomateux. Quelquefois le stroma myxoïde envoie des prolongements vasculaires dans l'épaisseur des boyaux épithéliaux; et, suivant le hasard des coupes, on trouve au milieu des

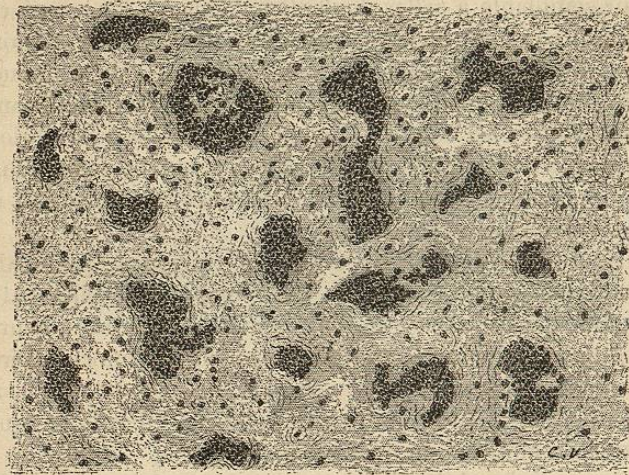


FIG. 184. — D'après une préparation d'Albarran.

cylindres épithéliaux la section de ces prolongements myxomateux, qui se présentent sous forme de corps arrondis ou ramifiés et très réfringents (fig. 185 A. A.). Ce sont ces corps qu'on avait appelés corps oviformes, et sur l'interprétation desquels on a émis tant d'hypothèses (1). Les tumeurs qui les présentent ont reçu le nom de *cylindromes*. On voit que ce sont des épithéliomes dans lesquels le stroma subit une dégénérescence myxomateuse et envoie des prolongements dans l'épaisseur des boyaux épithéliaux, ainsi qu'on peut très bien s'en rendre compte sur la figure (B. B.). Les tumeurs de ce genre sont fort rares dans le sein. En voici un exemple que je dois à Latteux (fig. 185). Enfin, on rencontre quelquefois, dans les tumeurs du sein, des noyaux calcifiés, des noyaux de cartilage calcifié (2), ou même des petits fragments d'os.

Sans subir aucune espèce d'altération ni de modification de structure, le stroma peut présenter bien des variétés. Tout d'abord, la proportion entre l'élément épithélial et l'élément conjonctif a une grande importance. Les tumeurs où l'élément épithélial domine, formant de gros boyaux séparés par de minces travées, sont molles et à marche rapide; c'est ce qu'on appelait en clinique les encéphaloïdes. Elles sont plus molles et plus rapides encore si le stroma reste à l'état embryonnaire. Le stroma abondant et franchement fibreux produit au contraire ces tumeurs dures auxquelles on donne le nom de squirrhe. Dans

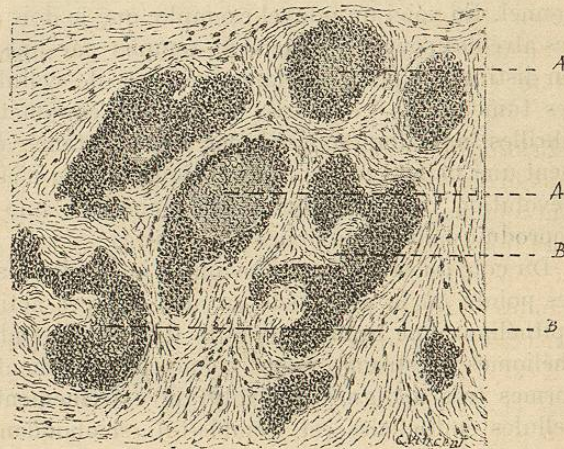


FIG. 185. — D'après une préparation de Latteux.

(1) VOY. MALASSEZ, *Arch. de phys.*, 15 fév. 1885, p. 125.

(2) HEURTAUX, *Cancer ostéoïde du sein. Mém. de la Soc. de chir.*, t. VII, p. 1.

certaines tumeurs, les boyaux épithéliaux sont réduits à presque rien. C'est à peine si l'on trouve quelques rares traînées épithéliales enfouies dans un tissu conjonctif abondant, fibreux et renfermant une grande quantité de fibres élastiques. C'est là ce qui constitue le *squirrhe atrophique*.

Le développement des épithéliomes s'accompagne toujours d'une prolifération vasculaire considérable. Mais ultérieurement les vaisseaux peuvent subir diverses altérations et être en partie étouffés ou détruits. L'apport sanguin devient alors insuffisant, et des parties considérables de la tumeur entrent en régression. On trouve très souvent dans les cancers de larges îlots régressifs, et quelquefois, lorsque la tumeur est ulcérée, de larges fragments se détachent et s'éliminent. Mais jamais le processus destructif ne porte sur la totalité de la tumeur; et il n'y a pas un seul exemple authentique de guérison définitive produite par élimination spontanée. On a admis pendant longtemps, après Cruveilhier, que la caractéristique du cancer au point de vue macroscopique était le suc qu'on peut recueillir en raclant la surface d'une coupe avec le bistouri. Ce suc cancéreux aurait eu pour caractère particulier d'être miscible à l'eau. On n'attache plus aujourd'hui grande importance à ce suc, qu'on peut trouver dans les sarcomes et même dans certains fibromes.

Ce qui caractérise surtout le cancer à l'œil nu, c'est son adhérence intime, sa fusion avec les tissus voisins. L'aspect macroscopique des coupes varie à l'infini. « Le squirrhe, petit, dur, résistant, offre à la coupe une surface lisse, blanchâtre ou d'un blanc grisâtre, parsemée souvent de points jaunâtres caséux; l'encéphaloïde, plus volumineux, moins dur, présente une section d'une couleur mate, grisâtre, avec de nombreux points rouges hémorragiques. Tandis qu'il est rare de rencontrer dans le squirrhe des cavités kystiques, qui d'ailleurs ne dépassent jamais un petit volume, il est au contraire assez fréquent de voir, au milieu de tumeurs encéphaloïdes, des kystes plus ou moins volumineux, renfermant un liquide séreux, sanguinolent, ou même rempli par du sang pur ou altéré. » (Duplay.)

Étiologie. — Je laisse de côté l'étiologie générale du cancer, qui a été traitée dans le premier volume de cet ouvrage, et je m'occupe seulement de ce qui a trait à la mamelle.

La fréquence du cancer du sein, absolument parlant, est considérable. Elle est considérable encore par rapport à celle des tumeurs bénignes. Toutes les grandes statistiques arrivent sur ce point à des résultats presque identiques. Le cancer représente de 82 à 84 pour 100 de toutes les tumeurs de la mamelle.

Il est à peine besoin de dire que le cancer du sein est infiniment plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Schulthess (1) trouve une proportion de 98,6 pour 100 chez la femme et de 1,59 pour 100 chez l'homme. William (2) compte 25 hommes pour 2597 femmes. Ce qui donne à peu près la même proportion de 1,04 pour 100.

Au point de vue de l'âge, voilà un tableau emprunté à Schmidt, où sont consignés les résultats des principales statistiques. On y voit que le plus grand nombre de cancers se développent entre 40 et 60 ans, et que ceux qu'on a pu observer avant 25 ans et après 70 ans sont de très rares exceptions.

(1) SCHULTHESS, *Beiträge zur klin. Chir.* Tubingue, 1889, t. IV, p. 445.

(2) WILLIAM, *Lancet*, 1889, t. II, p. 261.

AGE.	VELPEAU.	BIRKETT.	BILLROTH.	VOLKMANN.	WINIWARTER.	OLDEKOP.	SPRENGEL.	HENRY.	HILDEBRAND.	SCHMIDT.
20 à 25 ans	1,52	4,14	5,46	»	0,6	»	»	0,55	1,5	»
26 à 30	»	»	»	»	4,2	2,0	»	1,66	»	»
31 à 35	9,65	21,85	18,6	50,0	6,0	8,5	2,45	10,45	9,5	1,64
36 à 40	»	»	»	»	12,0	9,8	8,19	11,55	»	8,20
41 à 45	»	»	»	»	20,4	15,5	19,68	11,55	35,7	22,15
46 à 50	51,56	42,15	59,07	24,5	17,4	27,0	18,86	20,55	»	22,97
51 à 55	»	»	»	»	14,4	15,0	19,68	15,75	34,2	19,68
56 à 60	59,55	21,17	24,56	56,5	8,0	15,8	16,40	12,65	»	7,59
61 à 65	»	»	»	»	8,0	7,5	9,85	9,9	»	9,05
66 à 70	6,82	7,42	12,60	9,0	1,8	5,1	4,91	4,95	17,8	3,29
71 à 75	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4,00
76 à 80	1,66	5,27	0,84	»	1,2	»	»	5,5	2,5	»

L'influence de l'hérédité est très diversement appréciée. Même dans les statistiques où les investigations ont été dirigées dans ce sens, les cas où elle a été manifestement constatée ne sont pas très nombreux (Winiwarter, 5,8 pour 100. Oldekop et Sprengel arrivent à la même proportion. Schulthess, 10 pour 100. Schmidt trouve 10 cas sur 126. Fischer, 8 cas sur 67. Gross, 20 cas sur 207). On voit que, d'après toutes ces statistiques, les cas où l'hérédité est avérée oscillent entre 5 et 10 pour 100. Seul Butlin trouve une proportion de 68 sur 116. Si l'hérédité jouait un grand rôle, on devrait trouver des familles décimées par le cancer. Les faits de ce genre existent : ainsi Schmidt rapporte l'observation d'une famille où trois sœurs et une tante ont succombé à des cancers (estomac, ovaire et mamelles); mais ils sont infiniment rares. Snow⁽¹⁾ a montré, dans une statistique considérable qui porte sur les cancers de toutes les régions, qu'on trouve à peu près la même proportion d'hérédité cancéreuse pour les gens qui n'ont pas de cancer que pour ceux qui en ont. Le cancer du sein est si fréquent qu'on peut se demander si en prenant deux lots, comprenant l'un 100 femmes cancéreuses, l'autre 100 femmes de même âge n'ayant pas de cancer, on ne trouverait pas des deux côtés une proportion à peu près équivalente d'hérédité cancéreuse. Tout ce qu'on peut dire, c'est que la prédisposition héréditaire est évidente dans certains cas, comme celui que je viens de citer, mais que ces cas sont extrêmement rares.

Les deux mamelles sont également atteintes. Hennig et Zocker⁽²⁾ ont cherché à montrer que la mamelle droite est plus souvent prise. En additionnant toutes les statistiques, on trouve une légère prédominance pour le côté gauche. Les deux mamelles sont prises simultanément ou successivement à peu près dans la proportion de 1,5 pour 100. C'est dans le segment supéro-externe de la mamelle que se développe le plus grand nombre de ces tumeurs.

L'influence de la grossesse n'est pas établie. Celle de l'allaitement, admise par Fischer, est douteuse. Le rôle des mastites puerpérales est plus vraisemblable. Toutefois, tandis que Butlin, Schmidt, Schulthess l'admettent, Estlander le nie. En tous cas, la mastite puerpérale n'agit qu'à longue échéance : c'est

⁽¹⁾ Voy. t. I, p. 584 de ce traité.

⁽²⁾ Thèses de Leipzig, 1869.

10, 15, 20 ans après que le cancer se développe; mais on a constaté dans un certain nombre de cas que la tumeur siégeait bien au point même que la mastite avait occupé. Les mastites subaiguës ou chroniques ont peut-être aussi une certaine influence. Volkmann⁽¹⁾ a cité quelques cas où il paraissait y avoir une relation entre l'inflammation et le cancer.

Les traumatismes ne sont pas fréquemment signalés dans l'étiologie (Schmidt, 6 cas sur 126. Fink, 12,7 pour 100. Schulthess, 12,5 pour 100). On a fait remarquer avec raison que si le traumatisme avait une action efficace, on devrait trouver plus de cancers dans les classes qui travaillent. Or il n'en est rien.

Un point important qu'il faut signaler, c'est l'extrême rareté des cancers multiples. Il suffit d'étudier la thèse de Ricard⁽²⁾ pour voir que, s'il est assez fréquent de trouver chez le même individu plusieurs tumeurs bénignes, fibromes, lipomes, il est, par contre, infiniment rare de rencontrer plusieurs tumeurs épithéliales malignes. C'est là un fait capital, qui contribue à prouver que le cancer est au début une affection purement locale. Or c'est sur cette doctrine qu'est basée la thérapeutique chirurgicale du cancer; et nous verrons que cette thérapeutique, dont on a tant médité, est en réalité très puissante.

Symptômes. — Les cancers du sein se manifestent par un certain nombre de signes fondamentaux que je vais énumérer d'abord : le premier en date, c'est l'absence de limitation de la tumeur, son adhérence, sa fusion avec la glande; le second, c'est l'envahissement de la peau, puis vient l'engorgement ganglionnaire, et enfin les adhérences profondes, l'ulcération et la généralisation. Voilà les signes cardinaux de tout cancer du sein; nous allons voir quelles modifications ils peuvent présenter dans les différents types cliniques.

A. — ÉPITHÉLIOME CANALICULAIRE PAPILLAIRE

J'ai déjà étudié l'anatomie pathologique de cette variété d'épithéliome, je vais essayer maintenant d'en donner une description symptomatique. Jusqu'ici les cas de ce genre ont été surtout étudiés au point de vue histologique. Seul Bowlby, en s'appuyant sur 7 observations personnelles, a essayé d'en tracer un tableau d'ensemble que je me suis efforcé de compléter.

Ces tumeurs se développent chez des femmes d'un âge mûr ou avancé; deux malades avaient quarante-deux ans, deux en avaient plus de soixante (soixante-quatre et soixante-sept); les autres avaient entre quarante et cinquante ans. Dans un certain nombre de cas, le début présente un caractère très frappant. Les femmes en pleine santé, sans que rien ait attiré leur attention du côté de leur sein, constatent un écoulement par le mamelon. Si l'on examine le sein à ce moment, la palpation la plus attentive n'y révèle aucune tumeur. Cet écoulement est souvent séreux; parfois il est roussâtre, mais il ne devient caractéristique que quand il est fortement teinté de sang et surtout formé de sang pur. L'écoulement peut précéder l'apparition de la tumeur de plusieurs mois et peut-être de plusieurs années. Il est dû alors à un de ces petits papillomes arborescents intra-canalculaires dont j'ai parlé à propos de l'anatomie pathologique.

⁽¹⁾ VOLKMANN, *Beiträge zur Chir.*, 1875, p. 510.

⁽²⁾ RICARD, Thèse de Paris, 1885.

La tumeur, lorsqu'on la découvre, est généralement très petite; elle siège au centre de la mamelle, sous le mamelon ou sous l'aréole, presque jamais dans les parties périphériques; et, autre caractère important, on trouve souvent deux ou trois tumeurs. Ces tumeurs sont petites, du volume d'une noisette, d'une noix tout au plus; elles sont relativement bien circonscrites et assez mobiles. Lorsqu'on tire sur le mamelon, on les entraîne manifestement. Les pressions exercées sur elles amènent souvent un écoulement par le mamelon.

L'écoulement spontané, quand il ne s'est pas manifesté avant l'apparition de la tumeur, survient souvent après. Il est quelquefois suivi d'une diminution et même d'une disparition momentanée de la tumeur. Il est parfois considérable, et, dans un cas de Reverdin et Mayor⁽¹⁾, l'écoulement de sang a été assez abondant pour qu'on fût obligé d'appeler un médecin⁽²⁾.

Bien que dans tous ces cas il y ait des kystes, jamais on n'a constaté de fluctuation.

La marche de ces tumeurs est lente: elles restent des années stationnaires. Cependant ce sont des tumeurs malignes, qui peuvent infecter les ganglions et récidiver sur place. Dans le cas de Barker, les ganglions paraissaient pris; dans le cas de Godlec, ils étaient envahis et il y eut récurrence locale; dans celui de Butlin⁽³⁾, il y eut plusieurs récurrences successives.

Le diagnostic de ces tumeurs est évidemment fort difficile en l'état actuel de nos connaissances. Dans les cas types, on pourrait le faire en s'appuyant sur les symptômes suivants: écoulement de sang par le mamelon, petites tumeurs multiples, d'une consistance ferme, élastique, siégeant au centre de la mamelle, suivant les mouvements imprimés au mamelon, évoluant lentement.

En tous cas, il ressort de cette étude que l'écoulement de sang par le mamelon d'une mamelle qui ne présente aucune altération appréciable doit, en dehors de toute tare hystérique, être considéré comme un symptôme grave, qui annonce le développement d'un épithéliome dendritique. Par suite, les mamelles qui ont été le siège de ces symptômes doivent être étroitement surveillées.

Le traitement de ces tumeurs s'impose et il doit être radical. Leur structure histologique, les quelques faits que j'ai signalés prouvent qu'elles doivent être considérées comme malignes; il faut donc faire l'amputation totale de la mamelle. Doit-on, dans ces cas, enlever les ganglions? Lorsqu'ils ont augmenté de volume, cela n'est pas douteux. Mais le cas est plus embarrassant lorsqu'ils paraissent cliniquement sains. Les faits sont trop peu nombreux pour permettre de trancher cette question.

B. — CANCER EN MASSE. — CANCER AIGU. — MASTITE CARCINOMATEUSE

Il existe une forme de cancer du sein heureusement rare, dans laquelle le néoplasme envahit d'emblée la totalité de la mamelle et souvent les deux. « La

⁽¹⁾ REVERDIN et MAYOR, *Revue méd. de la Suisse romande*, 1890, p. 464.

⁽²⁾ On trouve dans le mémoire de Richard sur l'écoulement par le mamelon (*Revue méd. chir.*, 1851, t. XVI, p. 18) un cas qui a débuté par une hémorragie abondante par le mamelon. Il me paraît bien probable qu'il s'agissait d'un épithéliome de ce genre.

⁽³⁾ Butlin (*Path. Soc. of London*, vol. XXXVIII, p. 545, 1887) avait cru qu'il s'agissait d'un sarcome mélanique; mais le rapport de la commission des tumeurs et le dessin qui y est joint ne laissent aucun doute; il s'agissait bien d'un épithéliome dendritique.

dégénérescence cancéreuse, dit Volkmann⁽¹⁾, marche souvent avec des caractères inflammatoires si tranchés et frappe toute la glande, ou même les deux, d'une manière si diffuse, qu'on pourrait parler d'une mastite carcinomateuse, comme on parle d'une pleurite carcinomateuse. » Sans douleur, sans déformation, avec une rapidité effrayante, l'un des seins, souvent les deux, se mettent à augmenter de volume. La figure 186, empruntée à Billroth, a été prise six semaines après le début de l'affection.

Si l'on vient à palper, on ne perçoit pas de tumeur; l'ensemble de l'organe est ferme et présente une sorte de rénitence élastique. Bientôt la peau rougit légèrement, elle laisse transparaître un abondant réseau de veines volumineuses; elle adhère partout, elle se marbre de taches cuivrées, qui deviennent l'origine d'ulcérations multiples; les ganglions s'engorgent et la malade succombe à une sorte de cachexie aiguë, peut-être à un empoisonnement dû à la résorption de produits toxiques, sécrétés dans cette tumeur à marche aiguë. Toute l'évolution a duré six mois⁽²⁾, et même dans un cas trois mois seulement (Schmidt).

Cette affection terrible débute le plus souvent pendant la lactation, quelquefois pendant la grossesse⁽³⁾. Schmidt a vu un cas en dehors de la grossesse et de la lactation. Sur quatre cas que j'ai observés, un seul avait débuté pendant la lactation; les deux autres s'étaient développés en dehors de toute grossesse.

Au début, on passe presque toujours à côté du diagnostic. On croit à un engorgement, à une inflammation. Terrillon rapporte un cas où l'on porta d'abord le diagnostic de phlegmon⁽⁴⁾. Puis, l'opération ayant été faite, la récurrence survint avec une telle rapidité qu'on crut encore à un phlegmon. Sur les quatre cas que j'ai vus, trois avaient été pris pour des abcès. Le diagnostic me paraît cependant assez facile. La tuméfaction du sein est totale, ce qui est bien exceptionnel dans les inflammations. La consistance est ferme, quelquefois

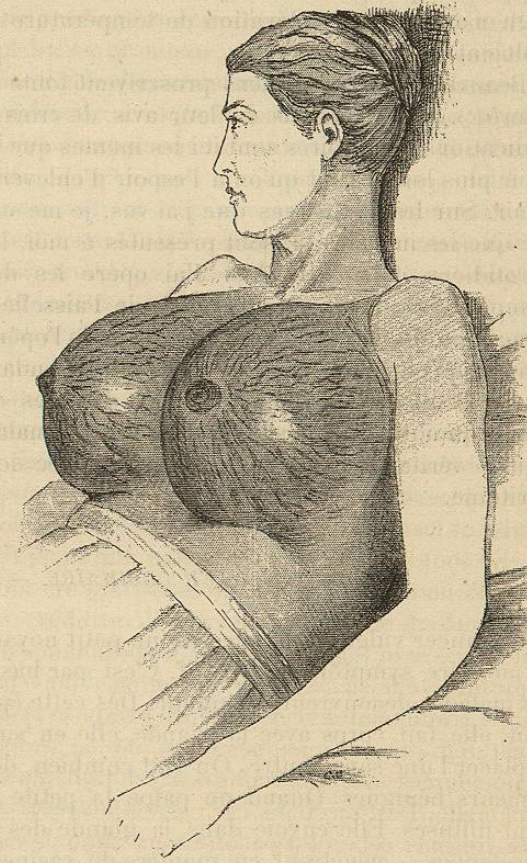


FIG. 186. — D'après Billroth.

⁽¹⁾ VOLKMANN, *Beiträge zur Chir.*, 1875, p. 510.

⁽²⁾ KLOTZ, Thèse de Halle, 1869. — VOLKMANN, *loc. cit.*

⁽³⁾ BILLROTH, 1 cas. — FINK, *Zeitschrift f. Heilk.*, 1888, vol. IX, p. 455, 1 cas.

⁽⁴⁾ TERRILLON, *Bull. gén. de thérap.*, 15 mai 1891, p. 585.

même d'une dureté ligneuse. La peau présente bien une légère couleur rosée, mais elle n'a pas la rougeur d'une inflammation aiguë. Enfin, ce qui est surtout frappant, c'est le contraste entre l'augmentation de volume d'une part, et d'autre part l'absence de réaction générale et l'indolence. Pour expliquer cette augmentation de volume de tout l'organe, il faudrait admettre un phlegmon diffus. Or le cancer aigu, encore que sa marche soit rapide, n'a pas l'acuité du phlegmon. De plus, le phlegmon ne va pas sans fièvre ni sans douleur, tandis que le cancer aigu n'amène pas d'élévation de température et est à peu près complètement indolent.

Beaucoup de chirurgiens proscrivent toute intervention dans les cas de ce genre⁽¹⁾. Je ne suis pas de leur avis. Je crois que les indications et les contre-indications opératoires sont ici les mêmes que pour les autres formes de cancer (voir plus loin). Tant qu'on a l'espoir d'enlever la totalité du mal, il faut intervenir. Sur les quatre cas que j'ai vus, je me suis abstenu deux fois, parce que, lorsque les malades se sont présentés à moi, les ganglions sus-claviculaires et carotidiens étaient envahis. J'ai opéré les deux autres malades, en faisant l'amputation du sein et le curage de l'aisselle. Chez l'une, j'ai perçu de petits ganglions sus-claviculaires six mois après l'opération; puis je l'ai perdue de vue. L'autre a eu une survie de deux ans. Pendant dix-neuf mois, elle s'est crue guérie. Puis des ganglions ont paru dans les creux sus-claviculaires des deux côtés, quoique seul le sein gauche ait été malade. Enfin la malade a succombé à une véritable granulie cancéreuse avec localisation prédominante sur le péritoine.

C. — CANCER ORDINAIRE. — SES VARIÉTÉS

Le cancer vulgaire débute par un petit noyau qui se développe sans éveiller le moindre symptôme subjectif. C'est par hasard, en faisant leur toilette, que les malades découvrent la tumeur. Dès cette époque, elle a un caractère important, elle fait corps avec la glande, elle en suit les mouvements; on ne peut déplacer l'une sans l'autre. On voit combien, dès le début, le cancer diffère des tumeurs bénignes. Quand on palpe la petite tumeur, on sent que ses limites sont diffuses. Elle envoie dans la glande des prolongements qui, parfois très développés, « pénètrent en manière de racines dans les entrailles mêmes des organes voisins ». On comprend, étant données ses connexions intimes avec la glande, que la petite tumeur est de forme très irrégulière. Sa consistance est toujours ferme au début, quelle que doive être son évolution ultérieure.

La tumeur grossit et le second phénomène qui se manifeste cliniquement c'est la rétraction du mamelon et l'envahissement de la peau par la tumeur. Le mamelon, comme attiré par le néoplasme, rentre peu à peu. Si l'on cherche à le pincer et à le soulever, on éprouve une résistance insurmontable. Il est impossible de lui restituer sa forme, comme on le fait si facilement lorsqu'il est simplement effacé par la distension qu'amène une tumeur bénigne. Ce symptôme ne se produit que quand le cancer siège vers le centre de la mamelle ou qu'il l'a envahi. Il n'est donc pas constant.

Au contraire, l'envahissement de la peau ne manque jamais; il tarde plus ou moins, mais il survient toujours. La première modification s'accuse lorsqu'on

(1) MONOD, *Gaz. méd. de Paris*, 5 janv. 1886, p. 4-17-57-48.

pince la peau pour lui faire faire un pli. On voit se former sur le sommet de ce pli une sorte de pointillé en creux qui rappelle l'aspect de la peau d'orange. Quelquefois on distingue des trainées blanchâtres qui ressemblent assez à des vergetures et qui sont des varices lymphatiques. Bientôt la peau se plisse mal, elle semble fixée dans la profondeur par une série de tractus fibreux, c'est une sorte de capitonnage. Enfin l'adhérence devient complète; il y a véritable fusion entre le néoplasme et le tégument. La peau ainsi envahie ne tarde pas à rougir et à s'ulcérer. L'ulcération une fois produite ne guérit jamais, elle va en augmentant. Sa forme est irrégulière, ses bords prennent une teinte livide. Jamais ils ne sont ni soulevés, ni déchiquetés, ni décollés comme il arrive dans les tumeurs bénignes. La peau adhérente, confondue avec la tumeur, se continue directement avec la surface ulcérée, qui est elle-même tantôt anfractueuse et déprimée, tantôt saillante et bourgeonnante.

Après l'envahissement de la peau, mais d'ordinaire avant son ulcération, se manifeste l'envahissement des ganglions. C'est la troisième étape au point de vue clinique, mais il ne faudrait pas croire que ce soit toujours la troisième au point de vue anatomique. Je reviendrai sur ce point dont l'importance est capitale au point de vue de l'intervention. Les premiers ganglions pris sont ceux que Kirmisson⁽¹⁾ a décrits sous le bord externe du grand pectoral. Pour les trouver, il faut appliquer la main à plat sur la paroi interne du creux de l'aisselle et chercher contre la paroi thoracique, sous le bord du grand pectoral, en faisant glisser la peau, à sentir les ganglions rouler sous elle. Quelquefois les deux aisselles sont prises, et même, dans un cas de Volkmann, les ganglions de l'aisselle du côté opposé étaient seuls envahis. Le cancer siégeait à la partie interne de la glande. Ces faits, d'apparence paradoxale, s'expliquent aisément, puisque Rieffel⁽²⁾ a constaté que les lymphatiques de la partie interne du sein s'entre-croisent parfois sur la ligne médiane. Il arrive encore, dans quelques cas très rares, que les ganglions sous-claviculaires s'engorgent les premiers, ceux de l'aisselle restant sains. Ce fait s'explique aussi, Hyrtl et Rieffel ayant constaté que quelquefois les lymphatiques venus du sein se rendent dans les ganglions sous- et sus-claviculaires sans passer par ceux de l'aisselle. Un point plus important serait de savoir si les ganglions rétro-sternaux sont fréquemment envahis dans les cancers du sein. Huscke, Hyrtl, Arnold, Tripier, Rieffel, Poirier, admettent qu'une partie des lymphatiques mammaires se rendent aux ganglions rétro-sternaux. J'ai plusieurs fois cherché ces lymphatiques sans jamais les trouver. Je ne veux pas pour cela mettre en doute les constatations formelles de Rieffel et de Poirier; mais je pense que la disposition qu'ils ont rencontrée est rare et que la propagation des cancers du sein aux ganglions du médiastin est exceptionnelle. Ainsi on ne la voit pas signalée dans la statistique de Torök et de Wittelshofer⁽³⁾ qui porte sur 566 autopsies. En clinique, il n'y a pas lieu, je crois, de se préoccuper beaucoup de ces ganglions, et cela est fort heureux, car s'il en était autrement la thérapeutique des cancers du sein serait réduite à l'impuissance souvent, à l'incertitude toujours.

Le quatrième phénomène clinique, c'est l'adhérence profonde, qui est le signe de l'envahissement du grand pectoral. On constate cet envahissement à ses débuts de la manière suivante : après avoir reconnu que la glande est encore

(1) KIRMISSON, *Bull. de la Soc. anat.*, 27 oct. 1882.

(2) RIEFFEL, Thèse de Paris, 1890.

(3) *Arch. für klin. Chir.*, 1880, vol. XXV, p. 875.