

laire entre les acini était si abondante que ces derniers disparaissaient à la suite de la dégénérescence graisseuse de leur épithélium, conséquence de la pression exercée par le tissu conjonctif environnant. Mais, généralement, c'est à une période plus avancée que l'on a l'occasion d'observer la maladie en question, et alors on trouve dans la substance glandulaire une nodosité irrégulière ayant la consistance du cuir et peu sensible à la pression. A côté de ces nodosités se forment volontiers des tumeurs plus volumineuses, rondes, élastiques ou tendues, très dures, occupant principalement la face postérieure de la glande. A l'examen microscopique les nodosités du premier genre sont constituées par une masse compacte de tissu conjonctif, qui en certains points est infiltrée de jeunes cellules (tissu inflammatoire). Quant au tissu glandulaire normal, il a en grande partie disparu par dégénérescence. Un grand nombre d'acini ont été détruits de la manière décrite plus haut, tandis que dans d'autres points on peut saisir le début de leur transformation en **petits kystes**. Les cloisons de séparation disparaissent, et finalement tout un lobule se trouve transformé en un petit kyste rempli de corpuscules de colostrum. On observe encore plus souvent le même processus au niveau des conduits excréteurs; ces derniers peuvent aussi se transformer en kystes contenant soit un liquide plus ou moins séreux, soit du lait ou une matière butyreuse. Ça et là on voit comment les conduits excréteurs sont comprimés par le tissu conjonctif en voie de prolifération et de rétraction. C'est là un phénomène d'une grande importance au point de vue du développement des kystes. De même qu'on peut étudier le processus en question à l'aide du microscope, on peut aussi assez souvent reconnaître à l'œil nu l'état de dilatation d'un certain nombre de vésicules glandulaires groupées ensemble.

Enfin les nodosités rondes, élastiques, tendues, décrites plus haut, sont aussi constituées par des kystes qui paraissent siéger de préférence à la face postérieure ou dans l'intérieur de la glande. De même que les kystes plus petits, ils contiennent du lait, du mucus ou une matière butyreuse (Voir fig. 1, mastite interstitielle avec formation de kystes).

Les malades affectées de mastite interstitielle se plaignent rarement de douleurs très violentes, et c'est la crainte du carcinome qui les engage à consulter le médecin. Dans quelques cas seulement les nodosités s'accompagnent de douleurs névralgiques dans la région mammaire. Néanmoins le diagnostic est alors, en général, facile, car presque toujours on constate *un certain nombre de nodosités et de nodules dans un et assez souvent dans les deux seins*; en outre les malades, sans qu'on les ait questionnées dans ce sens, affirment que les nodosités deviennent *douloureuses au moment de la menstruation, et qu'alors les ganglions de l'aisselle se tuméfient*, et les mêmes phénomènes peuvent se reproduire pendant des années. Le seul fait de la multiplicité de la tumeur suffit pour empêcher de la confondre avec un carcinome. Le diagnostic ne peut être douteux que dans les cas où un gros kyste à parois fortement tendues, et développé à la face postérieure de la glande, donne à la palpation la même sensation qu'un noyau dur carcinomateux. Dans le cours des dernières années j'ai eu

l'occasion d'observer un certain nombre de cas de ce genre; chez 6 ou 8 malades j'ai fait l'extirpation de la tumeur ou l'amputation du sein, soit par suite d'une erreur de diagnostic, soit parce que les souffrances des malades et leur insistance due à la crainte d'être affectées de cancer, m'obligeaient à recourir à l'opération. En face de l'opinion contraire de BILLROTH, je dois maintenir en tous points l'existence de la maladie typique que nous venons de décrire. Le pronostic de l'opération est excellent. Cependant nous devons reconnaître qu'une mastite interstitielle peut être suivie exceptionnellement d'un carcinome, ainsi que j'ai pu le constater anatomiquement dans un cas.

§ 64. — On observe dans la glande mammaire les différentes formes de tumeurs provenant du tissu conjonctif, le fibrome, le sarcome et le myxome. Elles se développent dans un point circonscrit de la glande aux dépens d'un ou de plusieurs lobules, et présentent d'abord une sorte de capsule de tissu conjonctif, formant une barrière qui, dans les formes malignes, ne tarde pas à être franchie.

Parmi ces tumeurs simples n'intéressant pas d'une façon notable les conduits excréteurs, nous n'étudierons que les **sarcomes médullaires** à cause de leur importance clinique. Au point de vue histologique ces **tumeurs molles à développement rapide** sont généralement des **gliosarcomes à petites cellules**. Elles sont heureusement très rares. C'est principalement chez les jeunes filles ou femmes que l'on observe ces néoplasmes à marche rapide. Déjà, au bout de quelques mois, on peut voir la mort survenir comme conséquence de ces tumeurs, car souvent, au bout de peu de temps, elles subissent la fonte putride et donnent lieu à des métastases. Le pronostic est très mauvais, malgré le traitement opératoire, car presque toujours une récurrence survient au niveau de la cicatrice.

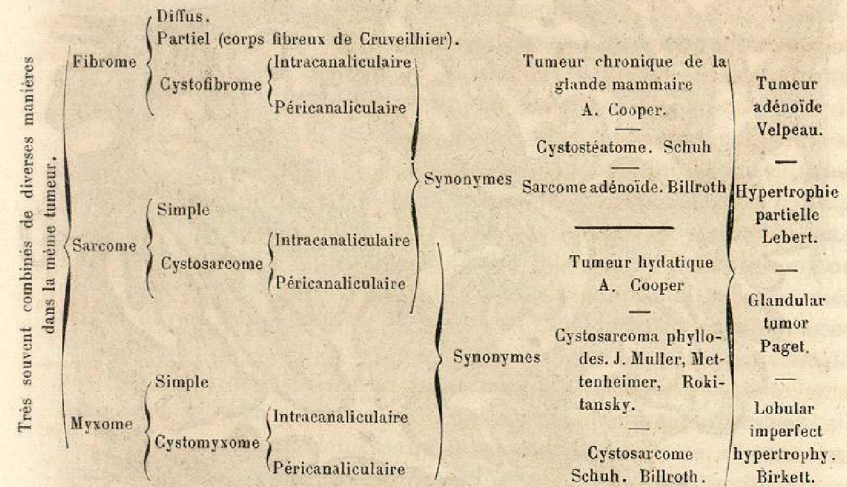
La plupart des autres tumeurs énumérées plus haut se distinguent par certaines particularités caractéristiques. Tout d'abord une grande partie d'entre elles s'accroissent lentement ou restent même à l'état stationnaire, du moins pendant un certain temps, sous la forme de toutes petites tumeurs qui, une fois opérées, n'ont aucune tendance à la récurrence. Elles sont encapsulées et ne présentent que rarement la structure du fibrome, du myxome ou du sarcome purs; en général elles sont mélangées de tissu glandulaire. Lorsque ces petites tumeurs commencent à prendre de l'accroissement, certaines relations anatomiques particulières s'établissent d'ordinaire entre le tissu conjonctif de la tumeur et les conduits excréteurs des portions de tissu glandulaire comprises dans le néoplasme. Les *fibromes, sarcomes et myxomes naissent essentiellement du tissu conjonctif qui entoure directement les acini et les conduits excréteurs. Or tandis que les acini sont en partie étouffés par la tumeur en voie d'accroissement, les conduits excréteurs persistent et même se dilatent considérablement, parce que leurs parois sont sans cesse pénétrées par de nouvelles portions du néoplasme (Billroth)*.

De cette manière les conduits glandulaires se trouvent transformés en des espèces de fentes plus ou moins étendues, aplaties par la masse du néoplasme et contenant peu de mucus. Si l'on divise la tumeur, on observe un certain nombre de feuilletés séparés par des fentes tantôt parallèles, tantôt concentriques. VIRCHOW compare la coupe de ces tumeurs à celle d'une tête de chou. Tantôt ces fentes sont étroites, peu étendues, ne contiennent qu'une petite quantité de mucus et ont généralement leurs parois tapissées de plusieurs couches de cellules épithéliales, tantôt elles prennent une extension plus grande et sont remplies par des *végétations papillaires ou à ramifications dendritiques de la paroi interne*, lesquelles peuvent se développer de diverses manières. Dans certains cas c'est le tissu dans le voisinage du conduit qui perfore les parois, et envoie dans la cavité des végétations de forme polypeuse, lobulée ou foliacée (**Cystosarcoma proliferum phyllodes**, J. MULLER. — **Tumeur hydatique composée**, A. COOPER). Ici donc la prolifération est d'abord péri-canaliculaire avant de devenir intra-canaliculaire. Dans d'autres cas, par contre, les végétations sont, dès le début, intra-canaliculaires, c'est-à-dire qu'elles naissent directement de la paroi du conduit et forment dans la cavité des excroissances papillaires (principalement dans les fibromes). Les végétations qui se sont développées de dehors en dedans à travers les parois des conduits, peuvent contenir des restes de substance glandulaire, mais la masse principale est formée de la même substance que la tumeur dont elles proviennent, c'est-à-dire de tissu sarcomateux, myxomateux, etc. En pénétrant dans les conduits glandulaires les végétations se coiffent de l'épithélium propre aux parois de ces derniers.

A ces diverses altérations des conduits excréteurs il faut en ajouter une autre dont nous avons déjà parlé à propos du fibrome inflammatoire ou mastite interstitielle; c'est la formation de **kystes**. Ils peuvent se développer ici de la même manière que dans cette forme de mastite. Nous avons vu, en effet, que deux conditions sont nécessaires pour la formation d'un kyste, à savoir l'oblitération ou le rétrécissement du conduit glandulaire, et la présence d'un liquide sécrété par la glande. Or la première condition est remplie par les phénomènes d'accroissement de la tumeur, et, d'autre part, nous avons vu plus haut qu'il y a sécrétion d'un liquide muqueux, parfois semblable à du lait, et qui assez souvent est coloré par du sang ou contient de la cholestérine. On voit surtout se former de grandes cavités kystiques lorsque la tumeur s'est développée au niveau des canaux collecteurs, près du point où ils s'ouvrent à l'extérieur; ici, en effet, ces canaux présentent une disposition favorable à la formation de kystes.

Si maintenant nous songeons que soit un sarcome ou un myxome, soit une tumeur complexe peut s'accompagner de la formation des kystes dont nous venons de donner une description schématique, nous comprenons facilement que suivant la disposition des conduits excréteurs rela-

tivement à la tumeur, cette dernière présentera un aspect des plus variés. A une époque où les recherches microscopiques n'avaient pas encore atteint le degré de précision qu'elles présentent aujourd'hui, il était impossible de saisir les rapports qu'affectent entre elles les différentes parties de la tumeur. On comprend d'autre part que différentes dénominations aient été employées pour désigner les diverses formes de néoplasmes. Nous conserverons le nom de **cystosarcome** pour désigner le groupe entier de ces tumeurs, mais il est évident qu'il doit être modifié suivant les différentes variétés. Pour plus de brièveté nous donnons ici un tableau schématique de ces diverses formes de tumeurs avec les noms des auteurs. Ce schéma est celui qui a été dressé dans la thèse de WYSS (Zurich 1874).



§ 65. — Ces tumeurs se développent principalement dans la période de 20 à 30 ans. Suivant la nature spéciale du tissu du néoplasme la marche de ce dernier est chronique et le pronostic de l'opération favorable, ou bien la marche en est rapide et l'opération est suivie d'une récurrence locale. On a aussi observé parfois des métastases, et généralement elles se produisent sans affecter préalablement les ganglions de l'aisselle.

Les **symptômes** varient avec la nature de la tumeur. Les fibro-myxosarcomes, les fibromes et les sarcomes offrent entre eux une assez grande analogie, tant qu'ils n'ont pas donné lieu à la formation de gros kystes; ils forment des tumeurs rondes ou lobées, qui généralement n'ont pas une croissance très rapide, et ne dépassent pas le volume du poing.

Principalement chez les jeunes individus on observe assez souvent de petites nodosités, parfois très dures, qui ne paraissent pas être en relation avec la glande mammaire et ressemblent à un petit ganglion lymphatique. Ces tumeurs augmentent très peu de volume, et elles peuvent rester pendant des années à peu près à l'état stationnaire. Mais il arrive aussi quel-