

la lactation des kystes par rétention à contenu laiteux ou butyreux. Ces kystes peuvent atteindre parfois de grandes dimensions (la tumeur pesait 10 livres dans le cas de SCARPA).

On a désigné cette forme de tumeur sous le nom de **galactocèle**. A la période d'involution il n'est pas rare de voir se développer des kystes à contenu séreux, colloïde ou hémorragique. Généralement ces tumeurs s'observent à la surface de la glande chez des femmes âgées, et elles acquièrent rarement de grandes dimensions.

La dilatation des acini formant de petites grappes remplies de mucus est sans doute toujours en relation avec la mastite interstitielle décrite plus haut, laquelle détermine, en effet, une oblitération des conduits excréteurs. C'est l'inflammation interstitielle qui détermine l'occlusion des conduits, lesquels se dilatent ainsi que les acini.

Enfin qu'on n'oublie pas que des kystes à **échinocoques** ont été aussi observés dans la glande mammaire. FISCHER (Strasbourg) a observé une tumeur de ce genre et rassemblé un certain nombre d'observations d'autres chirurgiens. Le diagnostic, dans la plupart des cas, n'est évidemment possible qu'après l'incision du kyste et l'évacuation de son contenu.

b. Tumeurs provenant de la substance glandulaire.

§ 67. — L'**adénome** de la glande mammaire, c'est-à-dire une néoplasie de la substance glandulaire sous forme de tumeur, était considéré autrefois comme relativement fréquent. On ne trouve que fort peu de détails sur ce sujet dans les descriptions des auteurs récents. BILLROTH admet, en s'appuyant sur FOERSTER, la possibilité d'une néoplasie des lobules glandulaires, d'une véritable hypertrophie partielle de la glande, tandis que RINDFLEISCH ne fait pas mention de l'adénome dans le sens que lui donnent ces auteurs.

Il me semble que dans la plupart des cas dans lesquels on a trouvé des noyaux de tissu glandulaire sans conduit excréteur, et séparés de la glande mammaire proprement dite, il s'agissait de tumeurs ayant pour point de départ des germes glandulaires égarés pendant la vie embryonnaire. Chez les jeunes filles on observe parfois une tumeur qui peut se trouver complètement séparée de la glande mammaire, ou être encore en relation avec cette dernière par un mince pédicule; cette tumeur est située près de l'aisselle, sous le bord du muscle grand pectoral. Elle se développe en même temps que la glande mammaire, et est caractérisée par un gonflement douloureux survenant aux époques menstruelles. Peu à peu le noyau aberrant devient plus volumineux et reste sensible même en dehors de la menstruation. J'ai plusieurs fois extirpé de semblables tumeurs; toujours il s'agissait de véritables glandes déta-

chées, mais je n'ai jamais réussi à trouver un conduit excréteur. Quant à l'hypertrophie locale du tissu glandulaire dans l'intérieur de la glande mammaire, son existence n'a pas encore été reconnue d'une façon certaine; en tous cas elle ne doit être admise que sous bénéfice d'inventaire.

Par contre, j'ai déjà fait remarquer plus haut que dans les petits fibromes et sarcomes survenant chez des individus jeunes, l'épithélium présente généralement des phénomènes de prolifération. On peut donc désigner ces petites tumeurs sous le nom de fibro-adénome, etc. Mais le fait essentiel dans ces cas, c'est la prolifération du tissu interstitiel et non pas du tissu glandulaire.

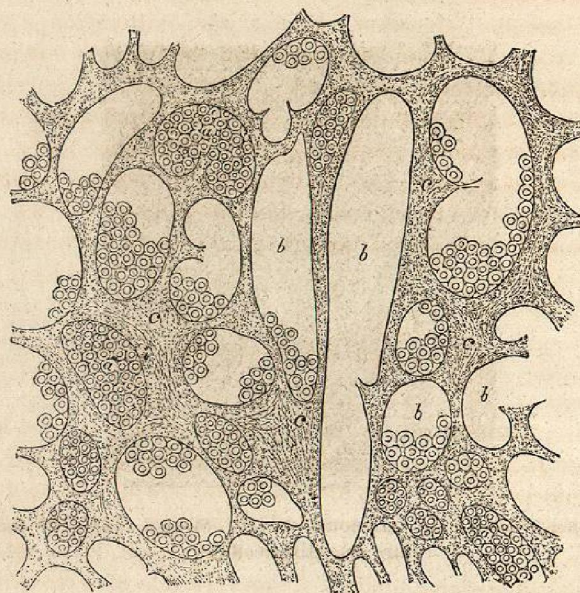


Fig. 3. — Forme alvéolaire du carcinome. a. Alvéoles remplies de cellules épithéliales. b. Alvéoles vides. c. Stroma conjonctif en partie infiltré de petites cellules rondes.

§ 68. — Les **carcinomes** constituent la forme de beaucoup la plus fréquente des tumeurs de la glande mammaire. BILLROTH, dans une statistique basée sur 440 observations, a trouvé que 82 pour 100 des tumeurs de la glande mammaire sont des carcinomes, tandis que les autres formes de néoplasmes ne constituent ensemble que 18 pour 100.

La meilleure division de ces tumeurs au point de vue pratique est celle en *formes molles* riches en cellules, et en *formes dures* contenant peu de cellules et ayant une tendance à la rétraction.

Le **carcinome riche en cellules** se présente dans la glande mammaire sous deux formes qui diffèrent aussi par leurs caractères cliniques,

à savoir la forme **alvéolaire** ou **acineuse**, et la **forme tubulaire** (BILLROTH).

La **forme alvéolaire** est constituée par les tumeurs les plus molles et affectant la marche la plus rapide, à savoir l'encéphaloïde. Des cellules épithéliales relativement grandes, de formes variées, souvent en voie de division, remplissent les alvéoles séparés par des cloisons de tissu conjonctif de peu d'épaisseur; ces cloisons sont infiltrées de quantités variables de petites cellules rondes et servent en même temps de support aux vaisseaux. La dégénérescence qui commence par un lobule, s'étend peu à peu aux parties voisines de la glande, et ainsi se forme une nodosité arrondie souvent très douloureuse.

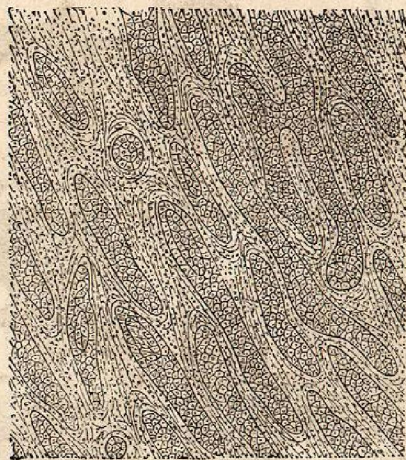


Fig. 4.— Forme tubulaire du carcinome du sein. Stroma conjonctif fortement infiltré de petites cellules.

La **forme tubulaire**, par contre, possède un réseau de tissu conjonctif qui offre aussi généralement une forte infiltration cellulaire, mais est disposé de façon à constituer des espaces allongés remplis de petites cellules épithéliales. Cette forme s'éloigne donc notablement du type acineux primitif de la glande. Les cellules épithéliales se sont évidemment développées au milieu du tissu conjonctif, et la disposition de ces amas cellulaires offre une régularité si frappante que l'on est autorisé à penser qu'un système de canaux préexistants, peut-être celui des vaisseaux lymphatiques (KOESTER), a fourni l'espace nécessaire à la propagation de la tumeur. Comme l'élément épithélial est ici peu abondant, relativement à la masse du stroma conjonctif, on comprend que la consistance de la tumeur soit plus dure que dans la forme alvéolaire que nous venons de décrire.

Une tumeur qui ressemble beaucoup à la forme tubulaire, c'est le carcinome dur ou **squirre** proprement dit; on reste même parfois dans le doute, en présence d'un carcinome, sur la question de savoir si l'on a affaire à la forme tubulaire ou à la forme squirreuse; d'autre part, lorsqu'il s'agit d'un squirre,

on est parfois à se demander, à la vue d'une coupe de la tumeur, si l'on n'aurait pas affaire plutôt à une simple mastite interstitielle. Dans les parties anciennes du néoplasme on trouve un tissu conjonctif dense, brillant, pauvre en vaisseaux, à fibres s'entrecroisant dans tous les sens; ce tissu, riche en fibres élastiques, peut à première vue être pris pour du tissu cicatriciel simple. Mais entre les faisceaux on voit se dessiner encore quelques lacunes contenant un débris finement granuleux, dernier reste des cellules dégénérées. Ces parties cicatricielles constituent le dernier terme du processus; si de là nous passons à l'examen de la partie périphérique, plus molle et moins pauvre en vaisseaux,



Fig. 5.— Squirre du sein. a. Tissu conjonctif interstitiel. b. Tubuli glandulaires remplis de petites cellules épithéliales. c. Lacunes résultant des tubuli après la dégénérescence graisseuse des cellules.

nous nous trouvons en présence d'un stade moins avancé du néoplasme. Ici le tissu conjonctif est partout infiltré de petites cellules, mais çà et là les fibres s'écartent pour constituer des espaces étroits en forme de canaux remplis de petites cellules épithéliales. Quelquefois l'espace ainsi formé n'est occupé que par une seule rangée de ces cellules. Ailleurs ces espaces contiennent des cellules en voie de dégénérescence, ou même peut-être le débris qui caractérise, comme nous l'avons vu, la période cicatricielle.

Une forme relativement rare, est le **cancer gélatineux** de la glande mammaire. Cependant je crois que SIMMONDS qui a dressé dernièrement une statistique et l'a enrichie de deux faits nouveaux, s'est trompé