

dans son appréciation de la fréquence du cancer gélatineux dont il n'a trouvé que 4 cas sur 1200 carcinomes du sein. Mes propres observations me portent à admettre que cette variété de cancer est beaucoup plus fréquente que ne l'affirme cet auteur; il est bien probable que les différents médecins qui ont fourni les éléments de la statistique de SIMMONDS, n'ont pas fait mention du carcinome gélatineux. Lorsqu'on fait une coupe de cette tumeur, on est aussitôt frappé de l'aspect particulier gélatino-muqueux de la surface de section, aspect offrant quelque analogie avec celui d'un rayon de miel. On y observe, en effet, des cavités de grandeur variable, remplies d'une masse gélatineuse incolore et séparées par des tractus blancs de tissu conjonctif. Dans ces cavités se trouvent les amas d'épithélium, qui peu à peu subissent certaines altérations; les couches périphériques de cellules épithéliales disparaissent peu à peu pour être remplacées par de la gélatine. Finalement les alvéoles sont complètement dépourvues de cellules épithéliales et remplies, par contre, d'une masse gélatineuse; celle-ci remplace également la couche périphérique du tissu conjonctif inter-alvéolaire. La substance gélatineuse se forme donc à la fois aux dépens du tissu conjonctif et des cellules épithéliales; mais ces dernières sont indispensables à cette transformation; la gélatine ne se forme pas dans les endroits où il n'existe que du tissu conjonctif (SIMMONDS).

Les différentes formes de carcinomes subissent habituellement des métamorphoses régressives dans les périodes avancées de leur développement. Dans les nodosités molles, la masse des cellules de nouvelle formation amène peu à peu l'oblitération, la thrombose des vaisseaux qui formaient un riche réseau dans la tumeur. Dans la partie du néoplasme qui reçoit ces vaisseaux, la nutrition des cellules devient insuffisante, elles subissent la dégénérescence graisseuse et tombent en débris. Certaines portions du néoplasme perdent alors leur coloration rosée pour prendre une teinte jaunâtre; ces parties conservent d'abord leur consistance dure, puis elles se ramollissent peu à peu. Si ces foyers de ramollissement arrivent près de la peau, il s'y ajoute un certain degré d'inflammation; la peau rougit puis est perforée, et elle laisse alors écouler une bouillie puriforme; il en résulte une ulcération profonde de la peau en forme de cratère, avec les bords saillants et renversés qui la caractérisent. Dans les formes plus dures, plus riches en tissu conjonctif, il ne peut pas se former d'aussi grandes agglomérations de cellules dégénérées et ramollies. Cependant nous observons ici dans certaines portions de la tumeur les mêmes phénomènes de métamorphose régressive que dans les carcinomes mous; mais les amas de cellules dégénérées sont comprimés par le tissu conjonctif en voie de rétraction; cette compression amène leur résorption partielle, et ce qui reste des cellules est étouffé par le tissu conjonctif qui se rétracte à la manière d'une cicatrice. Lorsque ce processus s'étend à de grandes portions de la glande, il en résulte une rétraction particulière de la tumeur, et si le néoplasme envahit la peau, on observe des altérations de forme de la surface cutanée, des dépressions à côté de saillies épaisses et dures. Parmi ces déformations, la rétraction cicatricielle du mamelon est bien connue, et elle a été donnée comme un signe caractéristique

du carcinome; cependant on peut l'observer aussi à la suite de la mastite interstitielle, avec laquelle, du reste, cette forme de carcinome présente beaucoup d'analogies au point de vue anatomique.

§ 69. — Après cette description histologique du carcinome nous allons exposer immédiatement les faits essentiels concernant le **début et la marche** de la tumeur.

Le carcinome du sein se développe presque toujours sous la forme d'une nodosité dans la glande mammaire; cette nodosité primitive occupe d'une manière particulièrement fréquente la partie externe et inférieure ou externe et supérieure de la glande. Il est bien plus rare de constater dès le premier examen l'existence de plusieurs nodules. La petite tumeur est d'abord mobile, avec la glande mammaire, sous la peau et contre le grand pectoral; mais, généralement, au bout d'un temps variable la tumeur contracte des adhérences soit dans une seule direction, soit dans les deux directions à la fois. Dans le cas d'adhérence à la peau, celle-ci ne peut plus être plissée, elle s'amincit, devient rouge et laisse apparaître le réseau bleuâtre des veines sous-cutanées. Suivant la forme de cancer la nodosité est très dure ou au contraire molle et même très molle; la rapidité avec laquelle elle augmente de volume est en relation avec sa consistance; les formes molles sont celles qui se développent rapidement et constituent l'**encéphaloïde**. Au moment où elle a contracté des adhérences, la nodosité a déjà acquis un certain volume; en outre, autour du noyau primitif se sont développés plusieurs nodules; toute la tumeur devient alors bosselée, irrégulière, et peu à peu elle tend à perforer la peau et à former une ulcération cancéreuse (le *cancer occultus* est devenu le *cancer apertus*). Si la tumeur est située de façon à faire saillie autour du mamelon, tandis que ce dernier reste fixé dans la profondeur grâce aux conduits galactophores intacts, on observe alors au niveau du mamelon une dépression, qui est loin d'être toujours un signe pathognomonique du cancer (voir § 70). Les phénomènes de rétraction que l'on observe dans la mastite interstitielle, peuvent aussi bien que les tumeurs que nous décrivons maintenant, donner lieu à une dépression du mamelon. En même temps on observe généralement des signes de propagation de la maladie, à savoir une tuméfaction des ganglions de l'aisselle et des régions sus et sous-claviculaires. Ce symptôme qui est du plus mauvais augure, puisqu'il indique la généralisation du néoplasme, apparaît à une époque très variable, et n'est pas en relation avec le développement de l'ulcération cancéreuse. On peut voir les ganglions lymphatiques se tuméfier à la première apparition de la tumeur, tandis que dans d'autres cas ils restent intacts alors que le cancer est déjà ulcéré. Dans les formes dures du carcinome l'infiltration ganglionnaire peut se montrer tardivement ou faire à jamais défaut; cependant on a aussi observé le contraire. En général cependant on doit dire que l'infection des ganglions se pro-