

duit relativement de bonne heure, ce qui est très important au point de vue de l'extension à donner à l'opération.

Ordinairement ce sont d'abord les ganglions lymphatiques de l'aisselle correspondante qui sont affectés, puis les glandes sus-claviculaires sont atteintes à leur tour. Dans un certain nombre de cas le carcinome épargne les glandes sus-claviculaires, et même quelquefois les glandes de l'aisselle, pour produire directement des métastases à l'intérieur du corps (cavité thoracique, foie, etc.). D'autre part, l'infiltration cancéreuse des ganglions de l'aisselle correspondante peut être suivie immédiatement de celle des ganglions de l'aisselle du côté opposé, et VOLKMANN a même observé des cas dans lesquels les ganglions du côté correspondant étaient épargnés, tandis que ceux du côté opposé étaient rapidement atteints. Il s'agissait dans ces cas de carcinomes de la partie interne, sternale de la glande, dont les vaisseaux lymphatiques communiquent en partie avec les ganglions lymphatiques de l'aisselle du côté opposé.

Jusqu'au moment de l'ulcération du carcinome la malade peut ne présenter aucun symptôme, si elle n'est pas tourmentée et angoissée par les **douleurs lancinantes** si redoutées, dont la tumeur devient le siège. D'ailleurs ces douleurs ne surviennent pas assez régulièrement ni avec des caractères assez précis pour qu'on puisse en faire un symptôme de la maladie, et parfois la malade n'éprouve aucune douleur depuis la première apparition de la tumeur jusqu'à la mort. Assez souvent cependant l'engorgement des ganglions à une période avancée s'accompagne de douleurs violentes; les ganglions tuméfiés exercent une compression sur les nerfs de la région axillaire avec lesquels ils contractent des adhérences, et ils provoquent ainsi des douleurs s'irradiant vers la périphérie. On observe aussi des œdèmes de la main et du bras reconnaissant pour cause la compression des vaisseaux par de grosses masses ganglionnaires de l'aisselle.

Généralement ce n'est qu'à la suite du ramollissement et de l'ulcération de la tumeur que l'état général du malade subit l'altération qui a été désignée sous le nom de **cachexie cancéreuse**. Déjà à l'époque où la peau commence à s'ulcérer, l'intérieur du néoplasme est le siège de phénomènes de dégénérescence tendant à la destruction de la tumeur. Tantôt il s'agit simplement d'une métamorphose grasseuse, tantôt des portions plus ou moins grandes du néoplasme se mortifient et offrent l'aspect de masses jaunâtres et molles dans l'intérieur de la tumeur; rarement on observe un ramollissement muqueux. Suivant la masse plus ou moins grande des parties gangrenées, la tumeur devient, après la perforation de la peau, le siège de phénomènes de décomposition putride dans un point limité ou sur une étendue considérable; l'aspect cachectique des malades est dû essentiellement à la résorption des produits septiques. Une autre cause d'affaiblissement sont les douleurs, l'angoisse de la malade qui la privent de sommeil. En outre la tumeur donne lieu générale-

ment à des métastases avec leurs graves conséquences. Les noyaux métastatiques se développent le plus souvent dans le foie, puis dans le poumon, la plèvre, le cerveau. Les os sont aussi assez souvent le siège de métastases cancéreuses; c'est dans les os du crâne qu'elles sont le plus fréquentes (TOEROEK et WITTELSHOEFER etc.); au point de vue histologique elles ressemblent tout à fait au carcinome primitif de la glande mammaire. Il n'est pas rare d'observer des fractures avant que l'on ait soupçonné l'existence de foyers cancéreux dans l'os, ou bien une « luxation spontanée » de la hanche nous avertit que la tête du fémur a été peu à peu détruite par une tumeur métastatique. (Voir au sujet de la fréquence des métastases le travail de V. TOEROEK et R. WITTELSHOEFER, Archives de Langenbeck, vol. 25 p. 873).

La colonne vertébrale est relativement souvent le siège de métastases. Quelquefois une gibbosité en est la conséquence. Encore plus souvent on voit survenir de bonne heure des signes d'affection de la moelle, tels que des douleurs violentes, des paralysies. D'après BILLROTH, c'est précisément dans les formes atrophiques du carcinome que l'on observe volontiers de telles métastases, et je ne puis que confirmer l'observation de cet auteur. Dans le cours du dernier semestre il m'est arrivé plusieurs fois que des femmes venaient réclamer mes soins, non pas à cause du cancer dur, atrophique du sein qu'elles portaient depuis longtemps, mais bien pour une affection facile à constater de la colonne vertébrale.

Quelquefois les os des individus affectés de carcinome présentent une mollesse et une fragilité particulière sans qu'on y trouve des foyers métastatiques.

§ 70. — Les différentes formes de carcinome présentent des différences cliniques assez notables tout en restant dans les limites que nous venons de tracer. D'après BIRKETT, la durée moyenne de la vie chez les femmes non opérées atteintes de carcinome du sein est d'environ 3 années 1/2 (voir § 72). Mais un certain nombre de malades succombent plus tôt, soit au bout de 6 mois ou même moins. Il en est surtout ainsi des malades atteintes d'encéphaloïdes mous avec ramollissement rapide et métastases survenant souvent de très bonne heure. Comme forme extrême dans une direction opposée nous avons à mentionner le squirre, dont la durée peut aller jusqu'à 6, 8, 10 et même 15 ans; très souvent même les malades succombent à une autre affection, et en présence d'une glande mammaire ratatinée recouverte d'une peau cicatricielle, irrégulièrement déprimée, on peut hésiter à rapporter les phénomènes observés à un squirre plutôt qu'à une mastite interstitielle diffuse. Le cancer gélatineux évolue aussi parfois avec une très grande lenteur (11 à 14 ans).

Quelquefois les deux glandes sont affectées simultanément, ce qui est excessivement rare; bien plus souvent une des glandes est affectée consécutivement à l'autre. Généralement ces cas ont une marche relativement rapide.

Des différences très importantes sont le fait de l'extension du carcinome à la peau et aux tissus voisins, au grand pectoral, aux muscles intercostaux, à la plèvre etc. Précisément la forme tubulaire dure du carcinome et le squirre proprement dit affectent parfois dans ces cas une marche particulière.

L'extension du néoplasme à la peau se présente assez souvent dans le voisinage du carcinome sous la forme d'un exanthème papuleux (BILLROTH). D'après BILLROTH ces nodules cutanés sont loin de contenir toujours des cellules épithéliales. Néanmoins il faut admettre que c'est par la voie des vaisseaux lymphatiques que le carcinome se propage ainsi à la peau. Ce qui plaide en faveur de cette hypothèse, c'est que parfois, ainsi que je l'ai observé dans un certain nombre de cas, l'apparition des nodules cutanés est précédée d'une dermatite érysipélateuse particulière, qui quelquefois même est accompagnée de fièvre. Dans quelques-uns de ces cas, lorsque la rougeur érysipélateuse pâlit, on constate des traînées lymphangitiques se dirigeant vers des papules de la peau qui persistent dans la suite.

Dans certains cas le cancer se développe sous la forme de nodules multiples plus ou moins volumineux (**squirre disséminé ou pustuleux de Velpeau**); ces nodules ne tardent pas à confluer et à transformer la glande mammaire en une tumeur large et dure (**squirre en masse**).

En même temps la peau adhérente à la glande est envahie par le carcinome, et c'est précisément dans ces cas que l'on observe souvent une forte dépression du mamelon, ce dernier restant intact ainsi que les conduits galactophores, tandis que le tissu voisin envahi par le néoplasme fait saillie au dehors. Enfin la tumeur dure recouverte par la peau déjà envahie contracte des adhérences avec le grand pectoral.

Dans d'autres cas la tumeur de la glande mammaire fait une saillie encore moins forte; elle est appliquée contre les parties molles du thorax, avec lesquelles elle se soude, et elle s'étend rapidement et sur une grande surface jusqu'aux muscles intercostaux. En même temps la peau est envahie sur une grande étendue par des nodosités multiples et aplaties, et le carcinome s'étend facilement sur toute la face antérieure du thorax, y compris la région mammaire du côté opposé, et même en arrière jusque dans la région dorsale. On comprend que dans ces conditions les mouvements respiratoires de la cage thoracique soient notablement limités; la dyspnée qui en résulte est encore augmentée par la propagation fréquente du néoplasme à la plèvre et aux poumons. VELPEAU a désigné cette forme de cancer sous le nom de **squirre tégumentaire en forme de plaque ou de cuirasse**; cette désignation indique assez bien l'état de rigidité du thorax converti en une sorte de cage immobile.

Les individus affectés de cancer du sein succombent soit à la cachexie, soit aux métastases que nous avons décrites. Très souvent la mort

est due à la pleurésie qui est venue compliquer la métastase pulmonaire.

§ 71. — Nous ne savons que peu de choses de l'**étiologie** des carcinomes du sein. Ils se développent principalement chez les femmes à partir de la 40^e année; chez les personnes jeunes on observe surtout les formes molles du cancer, tandis que chez les femmes plus âgées, au delà de 55 ans, ce sont les formes dures qui prédominent. Le carcinome se développe chez les femmes qui ont eu des enfants et qui ont allaité, comme aussi chez celles qui n'ont pas eu d'enfants, mais le nombre de ces dernières est plus restreint (la proportion est de 1 : 3 1/2 d'après BRYANT). Il n'est pas rare de voir le carcinome se développer dans une glande mammaire qui a été le siège de processus inflammatoires, d'abcès, de mastite interstitielle après l'accouchement; la tumeur se montre alors dans le voisinage de la cicatrice qui est restée à la suite de ces processus inflammatoires. Il y a longtemps déjà que LUECKE a attiré l'attention sur l'influence qu'exerce la grossesse et la lactation sur le développement des tumeurs du sein, et dernièrement encore VOLKMANN a pu ajouter aux observations de ce chirurgien quelques faits nouveaux dans lesquels on ne pouvait guère douter d'une certaine relation entre la grossesse et le développement du carcinome. Ce dernier apparaît aussi quelquefois à la suite d'états d'irritation chronique du mamelon. J'ai observé moi-même plusieurs cas semblables à ceux qui ont été rapportés par J. PAGET, dans lesquels une affection particulière très tenace du mamelon et de son aréole a été le point de départ d'un carcinome du sein. La peau de ces parties devenait d'abord le siège d'un eczéma, puis on voyait survenir des plaques semblables à celles du psoriasis; enfin la peau s'ulcérait, devenait granuleuse et sécrétait un liquide semblable à du mucus clair. Il n'est pas non plus très rare de voir le carcinome se développer directement à la suite d'une plaie ou d'une contusion, même si l'on ne tient pas compte des assertions des malades, qui ont une tendance à attribuer à une cause externe le développement de toute tumeur dans la glande mammaire. J'ai opéré un certain nombre de *carcinomes du sein, qui s'étaient développés sans aucun doute directement à l'endroit et immédiatement à la suite d'un choc, d'une contusion de cet organe*. WINIWARTER, dans son étude sur l'étiologie du carcinome, a trouvé qu'environ 7 pour 100 des femmes attribuaient à une cause traumatique le développement de la tumeur. Nous n'en sommes pas beaucoup plus avancés au point de vue de l'étiologie proprement dite. Quoiqu'il en soit, pour qu'un carcinome se développe à la suite d'un traumatisme, une certaine prédisposition locale des tissus est nécessaire, prédisposition qui, dans un certain nombre de cas, est héréditaire. BRYANT admet l'hérédité pour les tumeurs malignes dans 10 pour 100 des cas; mais les chiffres sur lesquels se base cet auteur sont trop faibles pour donner un degré de certitude suffisant aux conclusions qu'il en a tirées. SPRENGEL sur 109 cas a noté 13 fois la prédisposition héréditaire.