

Diagnostic et traitement des tumeurs du sein.

§ 72. — D'après les calculs approximatifs de quelques chirurgiens, sur une tumeur bénigne il y en a environ cinq de malignes. Mais certainement ces chiffres ne sont pas tout à fait l'expression de la réalité, car il n'est pas douteux qu'un assez grand nombre de tumeurs bénignes, qui n'atteignent pas de grandes dimensions, échappent à la connaissance du médecin. C'est seulement dans les classes cultivées que la crainte du cancer engage les femmes à consulter plus tôt le médecin, même pour une affection du sein qui semble n'avoir aucune importance.

Lorsqu'une femme de 35 à 40 ans et au delà vient consulter le médecin pour une tumeur de la glande mammaire, on peut dire, en règle générale, qu'il s'agit d'un carcinome. Par conséquent, lorsqu'on examine la tumeur dans ces conditions, c'est avec l'idée préconçue qu'elle est probablement de nature cancéreuse. Si la tumeur en question est adhérente à la peau amincie ou même ulcérée, s'il existe en même temps une dépression du mamelon, si l'on trouve, dans les régions indiquées plus haut, un engorgement ganglionnaire, enfin si la peau est déjà atteinte secondairement de nodosités plus ou moins étendues, le **diagnostic** ne peut plus faire l'objet d'un doute.

Mais, comme nous le verrons plus loin, il n'y a pas grande utilité à poser le diagnostic dans des cas aussi avancés, qui souvent ne laissent plus d'espoir; c'est au début, alors que les signes certains que nous avons décrits n'existent pas encore, qu'il importe de reconnaître la nature de la tumeur. Ce qui est de la plus grande importance, c'est de faire le *diagnostic de la bénignité ou de la malignité de la tumeur dans les premiers stades*. Chez les femmes de l'âge indiqué plus haut, le diagnostic différentiel doit avoir essentiellement pour but de distinguer le carcinome des formes décrites antérieurement et des états consécutifs de la mastite interstitielle.

La variété la plus fréquente d'après mes observations c'est la **mastite circonscrite**. Or elle se développe généralement à la suite des couches. Les nodosités de la mastite ont rarement une forme arrondie, et elles ont une consistance dure rappelant celle du cuir; assez souvent elles sont multiples, et alors elles intéressent une seule glande mammaire ou les deux glandes en même temps. Tous ces signes permettent quelquefois de poser un diagnostic sûr. La douleur et la tuméfaction passagère des ganglions de l'aisselle pendant la menstruation peuvent aussi aider au diagnostic. Un fait qui, dans la mastite interstitielle, crée des difficultés extraordinaires au point de vue du diagnostic, c'est l'apparition des kystes décrits plus haut. Lorsque ces derniers occupent la face postérieure de la glande qui les recouvre, il est souvent absolument impossi-

ble de les distinguer d'une tumeur ronde, dure et solide. Il va sans dire que des difficultés semblables peuvent aussi résulter de kystes développés au même endroit, mais indépendamment de la mastite interstitielle.

Lorsqu'on a l'occasion d'observer pendant longtemps ces malades, le diagnostic devient sans doute plus sûr, car, dans la mastite interstitielle, les nodosités qui étaient auparavant douloureuses, deviennent plus petites, plus dures et indolentes; en outre, on n'observe ici aucun des signes qui font craindre le carcinome, comme la tuméfaction persistante des ganglions de l'aisselle, les adhérences à la peau, etc. Mais on ne peut pas toujours observer la malade assez longtemps, et il y a des inconvénients à temporiser dans le but d'assurer le diagnostic, car on perd ainsi certains avantages importants au point de vue du pronostic et du traitement.

Il est encore plus difficile de distinguer de la mastite interstitielle diffuse une partie des carcinomes durs avec rétraction cicatricielle de la peau et du mamelon, et atrophie définitive de la glande. Si, comme nous l'avons vu, le diagnostic histologique des deux processus est impossible dans bien des cas, il en est de même, à plus forte raison, du diagnostic clinique. On peut admettre avec quelque probabilité l'existence d'une mastite diffuse comme cause des phénomènes observés lorsque la tumeur se développe chez une personne jeune, et que dans sa marche lente elle ne s'accompagne pas de tuméfaction ganglionnaire. Heureusement la précision du diagnostic a dans ces cas beaucoup moins d'importance, car le pronostic de la forme nettement atrophique du squirre est relativement favorable.

Nous avons parlé en premier lieu des tumeurs qui se développent à la période de la vie de la femme qu'on pourrait appeler l'âge du cancer, parce que c'est à cette période que le diagnostic offre le plus d'importance. Comme résumé de notre étude nous dirons *que le diagnostic d'un carcinome s'accompagnant des signes que nous avons décrits en premier lieu, ne saurait être l'objet d'aucun doute; par contre le diagnostic ne paraît pas pouvoir être posé de bonne heure dans un certain nombre de cas encore récents, dans lesquels la tumeur n'adhère pas à la peau et ne s'accompagne pas d'une tuméfaction ganglionnaire*.

Parmi les tumeurs qui surviennent à un âge peu avancé il en est une dont la nature ne tarde pas à être reconnue: c'est le **sarcome encéphaloïde** des jeunes filles et des jeunes femmes. Pour les autres tumeurs appartenant au groupe du tissu conjonctif, un diagnostic différentiel n'est possible qu'entre les grosses tumeurs complexes et kystiques, et les tumeurs simples qui ne s'accompagnent pas d'une véritable transformation kystique des conduits excréteurs. Lorsque, chez une jeune fille ou une jeune femme, on observe une petite tumeur reliée en quelque sorte par un pédicule à la surface de la glande, ou mobile au milieu du tissu glandu-

laire, et que cette tumeur se distingue par sa consistance assez dure et son accroissement lent, il s'agit alors presque toujours d'un **fibrome**, d'un **fibro-adénome** ou d'un **fibro-sarcome**, dont le pronostic est relativement bon. Quant aux grosses tumeurs, leur diagnostic différentiel est possible avant tout lorsque des kystes sphériques volumineux existent à côté de masses plus dures et grossièrement lobées du néoplasme. Mais en réalité il importe peu que l'on sache qu'une tumeur soit un fibro ou un myxo-sarcome, etc. Ce qui est important, c'est l'observation de la marche du néoplasme. Lorsque la tumeur commence à s'accroître rapidement et à s'étendre aux tissus voisins, lorsqu'elle se soude à la peau ou en détermine même l'ulcération, on peut en conclure qu'il s'agit d'une forme maligne offrant une tendance aux métastases, et l'on devra se décider à en faire de bonne heure l'extirpation. Il n'est pas rare de voir une tumeur existant depuis longtemps et paraissant bénigne, prendre tout à coup un développement rapide. *Le type de la tumeur subit une transformation*; le fibrome devient un sarcome à croissance rapide, ou, dans un âge plus avancé, un carcinome s'étendant rapidement. On comprend aisément que dans les premiers stades de ces tumeurs un diagnostic différentiel avec la mastite interstitielle circonscrite soit souvent impossible. Même lorsqu'on examine la tumeur au point de vue histologique, il n'est souvent pas possible de décider s'il s'agit d'une mastite avec tendance à la rétraction après la terminaison de la période inflammatoire, ou si l'on se trouve en présence d'une véritable tumeur, d'un fibrome tendant à prendre peu à peu des dimensions plus grandes. Mais le doute a ici beaucoup moins d'importance, car le bon pronostic des différentes formes de tumeurs dans le jeune âge permet de prolonger le temps d'observation.

§ 73. — Chez l'homme presque toutes les tumeurs que nous avons décrites ont été observées aussi dans la glande mammaire rudimentaire; tels sont principalement les carcinomes, soit sous la forme dure du squirre, soit sous celle du carcinome médullaire ou encéphaloïde à marche rapide. Chez les individus âgés le mamelon est aussi quelquefois le point de départ d'un carcinome épithélial. POIRIER (Thèse de Paris, 1883) qui a publié dernièrement un travail sur les tumeurs du sein chez l'homme, mentionne également une tuberculose bien caractérisée de la glande mammaire. Grâce au faible volume de cette glande chez l'homme, le diagnostic des tumeurs est, en général, plus facile que chez la femme. Quant aux principes du traitement ils sont les mêmes.

§ 74. — On fera bien de réserver le **traitement non opératoire** aux formes inflammatoires des tumeurs du sein. Mais comme nous avons vu que leur diagnostic ne peut pas être posé d'une façon certaine, on se trouve par le fait dans la nécessité de soumettre aussi à l'action des médicaments d'autres tumeurs sur la nature desquelles on est dans le doute. Ce traitement présente fort peu d'inconvénients dans les cas de

fibromes ou sarcomes à accroissement lent, observés chez des individus jeunes. Pour ces tumeurs, de même que pour la mastite interstitielle, on peut conseiller l'usage des préparations iodées à l'intérieur et à l'extérieur, ainsi que les bains d'eaux salines ou iodées; on cherchera, en outre, par la compression à obtenir une diminution du volume de la tumeur. Si le néoplasme tend à s'accroître malgré ce traitement continué pendant longtemps, on ne devra néanmoins se hâter de recourir à l'extirpation que dans les cas où l'accroissement est rapide; sinon on pourra sans inconvénient différer l'opération. C'est surtout pour ces formes de néoplasmes qu'il est permis de tenter l'extirpation tout en conservant la glande, comme nous conseillons de le faire toujours lorsqu'une tumeur n'est reliée à la glande mammaire que par un pédicule. Mais lorsque le néoplasme intéresse la plus grande partie de la glande, lorsqu'il commence à s'accroître plus rapidement ou qu'il a déjà acquis de grandes dimensions, on doit alors pratiquer l'amputation totale du sein. Il est bien certain que l'on évite ainsi plus sûrement les récidives locales, qui, même pour les tumeurs bénignes, sont très fréquentes et peuvent se répéter plusieurs fois si l'on se contente d'excisions partielles, comme on peut s'en assurer en parcourant les travaux publiés sur ce sujet.

Il y a beaucoup plus d'inconvénients à différer l'opération dans les cas de tumeurs suspectes de l'âge mûr. D'une manière générale, si l'on veut extirper les carcinomes du sein, il faut faire l'opération le plus tôt possible, et surtout ne pas attendre la période d'infiltration ganglionnaire. Comme on le sait, aucune statistique n'a encore pu prouver d'une façon absolument certaine que chez les femmes affectées de cancer du sein la vie soit prolongée du fait de l'opération. BIRKETT a calculé que la durée moyenne de la vie des femmes opérées est de 4 ans, tandis qu'elle est de 3 1/2 ans pour les femmes qui n'ont pas subi d'opération. SIBLEY, en comparant 78 cas non opérés avec 63 cas opérés, a trouvé que chez ces derniers la vie est en moyenne de 21 mois plus longue que chez les premiers. Parmi les malades de PAGET les opérées ont vécu 14 1/2 mois de plus que les non opérées (VOLKMANN). — D'après v. WINIWARTER les femmes non opérées vivent en moyenne 32,9 mois, et les opérées 39,3. Les différences notables qui existent entre ces chiffres et ceux des auteurs anglais, il les explique en admettant que probablement en Angleterre, au moment où les statistiques ont été faites, on n'opérait que des carcinomes sans infiltration ganglionnaire. En ne se basant que sur ces derniers WINIWARTER trouve pour sa propre statistique une durée moyenne de survie de 50,4 mois. En outre cet auteur a laissé de côté les malades guéris, ce qui abaisse beaucoup le chiffre de survie. Nous nous contentons de mentionner ces résultats de la statistique, et de constater le fait important au point de vue pratique, que la *durée moyenne de la vie des opérées est plus élevée que celle des femmes mortes sans opération, mais que la vie ne peut être prolongée d'une façon notable que si l'on fait l'opération de*