

et succèdent à l'ouverture spontanée ou chirurgicale d'un abcès glandulaire. Elles communiquent avec un conduit galactophore, et laissent écouler un liquide lactescent, dont la quantité varie suivant la largeur de l'ouverture; celle-ci est quelquefois réduite à un pertuis extrêmement étroit.

Ces fistules guérissent le plus souvent lorsque l'allaitement cesse, soit spontanément, soit sous l'influence de moyens simples. Exceptionnellement elles se montrent très-rebelles.

La cessation de l'allaitement, la compression, la cautérisation légère, les injections irritantes et caustiques suffisent généralement à amener la guérison de ces fistules.

2° Sous le nom de *fistules séro-muqueuses* on désigne des fistules d'un conduit galactophore, survenant en dehors de la lactation, et paraissant avoir pour origine un petit kyste d'un conduit lacté. Ces fistules, qui siègent au voisinage du mamelon, donnent issue à un liquide séreux, limpide, quelquefois roussâtre. Si la cautérisation et les injections irritantes ne parviennent pas à en déterminer l'oblitération, on pourrait en obtenir la guérison en comprimant l'orifice fistuleux avec une serre-fine.

3° Les *fistules purulentes*, que l'on observe assez fréquemment à la suite d'abcès parenchymateux de la mamelle, résultent le plus souvent de la disposition anfractueuse du foyer purulent, qui ne permet pas le libre écoulement au dehors des produits de sécrétion.

La persistance de ces fistules, qui résistent parfois aux injections irritantes et à la compression, exige une intervention chirurgicale active, et il devient nécessaire d'avoir recours au bistouri pour rendre rectiligne et direct un trajet anfractueux.

### § III. — Tumeurs.

Quoique le plus grand nombre des tumeurs de la mamelle aient pour point de départ la glande mammaire, il en est quelques-unes qui tirent leur origine des éléments communs de la région (peau, tissu cellulo-graisseux, vaisseaux et nerfs). Il ne sera pas inutile de consacrer d'abord quelques lignes à l'étude de ces tumeurs indépendantes de la glande mammaire.

#### I. Tumeurs indépendantes de la glande mammaire.

A. — On peut rencontrer sur le sein des *tumeurs développées aux dépens de la peau*. Je signalerai, sans m'y arrêter, les *kystes sébacés* de l'aréole ou de la peau de la mamelle, qui se présentent avec leurs caractères ordinaires.

J'insisterai davantage sur deux formes de *cancer* de la région mammaire qui débutent par la peau sans offrir aucune relation avec la glande; tels sont : l'*épithélioma* et le *squirrhe en cuirasse*.

a. *Épithélioma*. — Cette variété de cancer est rare à la région mammaire et les auteurs mentionnent à peine son existence. J'en ai observé trois exemples : une fois chez une femme qui avait été atteinte pendant longtemps d'un eczéma au voisinage du mamelon, et deux autres fois sur le segment inférieur de la mamelle, chez des femmes grasses et à mamelles pendantes. Les tumeurs, très-peu saillantes, n'intéressant que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, étaient ulcérées et présentaient les caractères cliniques et histologiques de l'épithélioma cutané. Il n'existait pas d'engorgement des ganglions axillaires.

L'ablation de la tumeur avec le bistouri ou sa destruction par les caustiques sont les seuls moyens thérapeutiques à employer.

b. *Squirrhe en cuirasse*. — Velpeau a décrit pour la première fois en 1838 sous les noms de *squirrhe ligneux en plaques* ou *diffus*, *squirrhe pustuleux* ou *disséminé*, *squirrhe en cuirasse*, une variété de cancer de la région mammaire qui, développé dans la peau de la mamelle, peut envahir les régions voisines et déterminer la mort, sans que la glande mammaire sous-jacente participe à la dégénérescence. Nous verrons plus tard qu'on a aussi désigné sous les mêmes dénominations l'envahissement de la peau du thorax consécutivement aux progrès d'un cancer de la glande. Mais il ne sera question ici que du cancer cutané primitif.

Cette affection, qui paraît d'ailleurs assez rare, débute sur le sein ou dans le voisinage, soit par une surface plus ou moins large (*squirrhe en plaque*), soit par une série de points isolés (*squirrhe pustuleux*) qui ne tardent pas à se réunir et à se confondre. Dans les parties affectées, la peau tantôt légèrement surélevée, tantôt un peu déprimée, est dure, épaissie, plissée, parsemée de points rougeâtres ou grisâtres, et revêt l'apparence du cuir tanné.

La maladie progresse en général avec rapidité; de nouvelles plaques se développent au voisinage de la lésion primitive et se réunissent bientôt à celles qui existaient déjà, de sorte que le tronc finit par être totalement envahi et pour ainsi dire enfermé dans une cuirasse inextensible.

Au début, la maladie passe souvent inaperçue, en raison de l'absence de douleur; mais dès que les lésions ont atteint une certaine extension, les malades accusent des sensations de chaleur, de brûlure, des élancements, qui déterminent bientôt l'insomnie, l'agitation, le trouble des fonctions digestives.

Enfin, lorsque la paroi thoracique est envahie sur une large surface, la respiration devient de plus en plus gênée par cette sorte de cuirasse inextensible, qui se rétrécit de plus en plus et tend à étouffer les malades. Parfois, l'altération de la peau se propage aux tissus sous-jacents et se généralise; dans d'autres cas, l'ulcération s'empare des téguments seuls altérés, et, suivant Velpeau, les malades sont emportées autant par la suppuration et les douleurs que par la constriction du thorax.

Au point de vue anatomique, nous manquons de renseignements suffisants sur les caractères histologiques de cette variété de cancer cutané

du sein. Velpeau se borne à dire qu'il est facile de s'assurer du siège exclusif de la maladie dans la peau, dont l'épaisseur peut être doublée et qui peut prendre l'aspect et la dureté du cuir tanné. D'autre part, il nous a été impossible de trouver un seul cas de squirrhe en cuirasse exactement limité à la peau et suivi d'un examen histologique complet.

Quoique l'on soit autorisé, malgré ce défaut de preuves, à admettre la nature cancéreuse de la maladie dans le plus grand nombre des cas, cependant il est permis de conserver des doutes à l'égard de quelques observations.

Ainsi Velpeau rapporte, sous le titre de squirrhe en cuirasse, un fait qui paraît différer sur bien des points d'une affection cancéreuse véritable.

Il s'agit d'une femme de trente-six ans qui vit survenir, un an et demi auparavant, sur le sein gauche, une tumeur dure, non douloureuse. L'induration s'étendit bientôt à toute la région mammaire et aux parties avoisinantes jusqu'à la huitième côte; puis la mamelle droite fut atteinte à son tour, ainsi que les téguments qui recouvrent le sternum. A son entrée à l'hôpital, on trouva les deux seins, surtout le gauche, plus volumineux qu'à l'état normal et durs comme du marbre. La peau était adhérente et présentait une rougeur érysipélateuse, disparaissant sous la pression du doigt. La santé générale de la malade était excellente. Durant le séjour à l'hôpital, l'altération des téguments envahit la région dorsale du tronc, précédée par une rougeur érysipélateuse de la peau. La rougeur et l'infiltration des téguments ont constamment progressé en s'étendant du côté du cou et de l'abdomen. Enfin la malade finit par éprouver de la dyspnée accompagnée d'un sentiment de constriction de la poitrine, avec douleurs brûlantes dans le dos, le côté et le bras droits. Malgré la gravité de son état, la malade demanda sa sortie de l'hôpital et Velpeau ne doute pas qu'elle n'ait bientôt succombé.

Si l'on tient compte, d'une part, de la longue durée de la maladie et de la conservation de la santé générale, et, d'autre part, des symptômes non douteux d'inflammation érysipélateuse des téguments, de leur épaissement et de leur induration sans trace d'ulcération, ou du moins avec ulcération superficielle, on est conduit à se demander s'il s'agissait bien dans ce cas d'une affection cancéreuse de la peau, et non pas, comme le suppose Rasmussen (1), d'une forme de *sclérodémie*. Dans tous les cas, de nouvelles observations sont nécessaires pour compléter, surtout au point de vue histologique, l'histoire de la variété de cancer de la région mammaire décrite par Velpeau sous le nom de squirrhe en cuirasse.

Il est inutile de dire en terminant que, dans les cas de cette nature, toute intervention chirurgicale est formellement contre-indiquée.

(1) *On Primary Diffuse Cutaneous Cancer* (Edinburgh Med. Journal, avril 1868).

B. — Le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-mammaire peut être le siège de *tumeurs gommeuses*, de *lipomes*, de *kystes*.

a. *Gommes*. — Les gommes de la région mammaire sont très-rares, du moins pour ce qui regarde les gommes sous-cutanées, indépendantes de la glande mammaire. Nous nous bornons donc à les signaler en ce moment, devant revenir plus tard sur les tumeurs gommeuses de la glande. Ces gommes sous-cutanées de la mamelle se présentent d'ailleurs avec les caractères ordinaires des gommes des autres régions.

b. — Le *lipome* de la mamelle est rare, du moins comme tumeur isolée, se développant à côté de la glande demeurée intacte. Nous verrons plus tard que certaines tumeurs du sein s'accompagnent d'une hyperplasie du tissu cellulo-graisseux périglandulaire; mais cette hyperplasie graisseuse n'est qu'un phénomène accessoire et nous n'avons pas à nous en occuper pour le moment.

Dans les quelques observations de vrais lipomes qui ont été publiées, la tumeur siégeait tantôt en avant de la glande, dans le tissu cellulaire sous-cutané, tantôt en arrière, entre le muscle grand pectoral et la mamelle, qui se trouvait repoussée en avant ou latéralement et était plus ou moins atrophiée.

Le volume de ces tumeurs est quelquefois considérable. Nous donnons le dessin d'un énorme lipome de la mamelle observé par Billroth,



FIG. 78. — Lipome de la région mammaire.

et qui avait été pris pour une hypertrophie de la glande mammaire. Celle-ci était refoulée en bas et en avant. Dans un cas rapporté par

Velpeau, la tumeur, du volume d'un œuf de poule, siégeait dans le tissu cellulaire sous-cutané. On crut avoir affaire à un kyste.

c. *Kystes*. — De même que pour le lipome, nous voulons seulement signaler ici les kystes indépendants de la glande mammaire. L'existence de kystes *séreux*, *séro-sanguins*, développés dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région mammaire, doit être aujourd'hui considérée comme très-douteuse. Velpeau dit avoir rencontré une fois un kyste rétro-mammaire formé aux dépens de la bourse séreuse qui se trouve à ce niveau. Cette variété de kyste de la mamelle appartiendrait à la classe des *hygromas*.

C. — La plupart des affections de la mamelle s'accompagnent d'une augmentation plus ou moins considérable des vaisseaux de la région. Les tumeurs exclusivement *vasculaires* paraissent extrêmement rares : si l'on excepte les *nævi* de la peau. Bryant (1) a vu, chez une petite fille de six ans, toute la mamelle occupée par un angiome du volume d'une demi-orange et qui donnait à la pression la sensation d'une éponge.

D. — On a décrit sous le nom de *névromes* de la région mammaire des tumeurs de nature et de siège variables, caractérisées par une sensibilité extrêmement vive. Ces tumeurs dépassent rarement le volume d'un petit pois et siègent dans le tissu cellulaire sous-cutané. Mobiles sous la peau, d'une dureté fibreuse, sans tendance à s'accroître ni à s'ulcérer, elles donnent lieu, soit spontanément, soit sous l'influence de la pression la plus légère, à des douleurs vives, à forme névralgique, irradiant dans le côté correspondant de la poitrine, du cou, et jusque dans l'épaule et le bras. Dans le plus grand nombre des cas où l'examen a été fait, on a constaté qu'il s'agissait de fibromes sous-cutanés ; cependant Léon Tripiér (2) a démontré, à l'aide de l'imprégnation avec le chlorure d'or, la présence dans deux tumeurs de cette espèce d'innombrables fibres de Remak. On doit donc admettre l'existence à la région mammaire de véritables *névromes amyéliniques*. L'ablation de ces tumeurs à l'aide d'une petite incision est le seul traitement qui leur convienne.

## II. Tumeurs de la glande mammaire.

HISTORIQUE. — CLASSIFICATION. — La première tentative de classification des tumeurs du sein ne date que du commencement de ce siècle. Jusqu'à cette époque, toutes ces tumeurs étaient désignées sous le nom de *cancers*. Quoique certains chirurgiens, Boyer entre autres, aient entrevu la distinction entre les *tumeurs bénignes* et les véritables *cancers*, c'est à A. Cooper que revient le mérite d'avoir nettement établi l'existence dans le sein de tumeurs non cancéreuses, auxquelles il donna le nom de *tumeurs mammaires chroniques*.

(1) *Practice of Surgery*. London, 1872, p. 769.

(2) *Dictionnaire encyclopédique*, article MAMELLE.

Les idées de Cooper ne commencèrent à se répandre en France qu'après les travaux de Velpeau et de Cruveilhier sur le même sujet.

Le premier de ces auteurs démontra, à l'aide de nombreux faits cliniques, l'existence des tumeurs bénignes du sein, traça de main de maître leur symptomatologie et leur diagnostic ; mais, privé de moyens d'étude suffisants, il émit sur la structure et le développement de ces tumeurs des opinions absolument fausses, en cherchant à établir que les tumeurs *adénoïdes* du sein, comme il les appelait, sont dues à l'organisation du sang épanché dans l'épaisseur du tissu de la mamelle et qu'elles n'ont aucune relation avec la glande mammaire. Les thèses de concours de Nélaton et de A. Bérard, parues en 1839 et 1842, reproduisent fidèlement les doctrines de Velpeau.

Avec le mémoire de Cruveilhier *sur les corps fibreux de la mamelle*, la question entre dans la voie des recherches anatomiques sérieuses. Cruveilhier reconnaît l'origine glandulaire des tumeurs fibreuses du sein, il en décrit exactement les caractères anatomiques ; mais avec les moyens d'investigation dont il dispose, il ne peut éviter de confondre entre elles des lésions différentes.

Le perfectionnement des études histologiques permit bientôt de suivre l'impulsion donnée par Cruveilhier et d'acquérir des notions plus précises sur la structure intime des tumeurs du sein. C'est alors que surgirent les travaux importants de Lebert et de son école, représentée en France par Broca et Verneuil et en Angleterre par Paget et Birkett. On connaît l'erreur de Lebert, relativement à la spécificité des éléments anatomiques et surtout à l'existence de la cellule spécifique du cancer, erreur qui fut démontrée par une discussion célèbre de l'Académie de médecine (1854).

Malgré le point de départ erroné des travaux de l'école de Lebert, il est juste de dire que ces travaux ont rendu d'importants services, d'abord en établissant d'une manière définitive l'origine glandulaire des tumeurs de la mamelle, puis en fournissant une description minutieuse des éléments qui entrent dans la constitution de ces tumeurs. Nous rappellerons en outre que c'est aux travaux de cette école que l'on doit surtout la notion de l'hypertrophie glandulaire ou de l'*adénome*, qui devait bientôt s'effacer devant une étude plus complète et une interprétation plus exacte du développement de ces tumeurs.

L'école micrographique allemande, représentée par J. Muller, H. Meckel, Virchow et Billroth, Langhans, Waldeyer, a réalisé à ce point de vue un progrès réel, auquel ont contribué pour leur part les travaux de Robin, Cornil et Ranvier, Monod, Coyne et Malassez, en France.

Cependant la lumière est loin d'être faite sur tous les points, et même aujourd'hui il est à peu près impossible de donner une classification irréprochable des tumeurs du sein, surtout si l'on veut avoir égard en même temps aux notions que nous fournit l'anatomie pathologique et à celles qui découlent de l'observation clinique.

Dans l'état actuel de la science et en se plaçant au point de vue de la genèse des tumeurs de la mamelle, on pourrait ranger celles-ci en trois grandes classes, comprenant : 1° les tumeurs qui dérivent du tissu conjonctif périacineux ; 2° celles qui dérivent du revêtement épithélial des acini ; 3° celles dont le point de départ est encore douteux, mais qui se distinguent par les caractères histologiques du *carcinome* vrai.

Aux deux premières classes correspondrait, suivant Labbé et Coyne, le groupe des tumeurs bénignes. Or, nous ne saurions accepter une semblable division, que l'observation clinique contredit à chaque instant. S'il est vrai que, parmi les tumeurs émanées du tissu conjonctif périacineux, quelques-unes conservent pendant très-longtemps et même indéfiniment un caractère bénin, d'autres, au contraire, se comportent à la manière des tumeurs malignes ; il en est de même des tumeurs qui dérivent de l'épithélium glandulaire et qui, pour la plupart, se rapprochent singulièrement du cancer.

Quant aux tumeurs de la troisième classe, comprenant le groupe des cancers vrais ou des tumeurs malignes, si elles sont assez nettement caractérisées au point de vue clinique, en revanche, leur origine et leur mode de développement restent beaucoup plus obscurs et sont encore l'objet de contestations entre les histologistes ; les uns considérant que le cancer dérive de l'épithélium mammaire, les autres avançant qu'il se développe aux dépens du tissu conjonctif, d'autres enfin admettant une opinion éclectique ; et, en fait, cette question d'origine est souvent très-difficile à trancher, et on rencontre des tumeurs complexes dans lesquelles il est vraisemblable que tous les éléments glandulaires sont plus ou moins altérés simultanément.

Il est encore une autre considération qui rend presque impossible une bonne classification des tumeurs du sein ; je veux parler des transformations que peuvent subir certaines de ces tumeurs, transformations qui, sans entraîner un changement de nature histologique, se traduisent cependant par une marche clinique différente, si bien qu'une tumeur primitivement bénigne ou jugée telle se comportera ultérieurement comme une tumeur maligne.

Ainsi qu'on le voit d'après ce rapide exposé, nous ne saurions, dans l'état actuel de la science, établir une classification des tumeurs du sein basée à la fois sur l'histologie et la clinique.

Histologiquement, nous trouvons des tumeurs d'origine conjonctive, des tumeurs d'origine épithéliale et des tumeurs d'origine encore contestée, parfois complexe, mais répondant à la structure du carcinome.

Cliniquement, nous rencontrerons des tumeurs essentiellement bénignes, des tumeurs essentiellement malignes, et, entre ces deux termes extrêmes, une foule de tumeurs intermédiaires dont il serait imprudent de déterminer la marche ultérieure, tumeurs relativement bénignes, si l'on veut, mais qui peuvent, à un moment donné, revêtir les caractères de la malignité. Or ce groupe intermédiaire répond précisément à la fois

aux deux premières divisions histologiques, c'est-à-dire qu'il comprend à la fois des tumeurs d'origine conjonctive et des tumeurs d'origine épithéliale.

Renonçant donc à classer rigoureusement les tumeurs de la mamelle, je décrirai successivement les diverses formes sous lesquelles elles se présentent, en les groupant autant que possible d'après les notions acquises sur leur mode d'origine.

- A. COOPER, *Œuvres chirurgicales*, trad. Chassaignac et Richelot. Paris, 1837, p. 520 et suivantes. — NÉLATON, *Des tumeurs de la mamelle*. Thèse de conc. Paris, 1839. — A. BÉRARD, *Diagnostic des tumeurs du sein*. Thèse de conc. Paris, 1842. — CRUVEILHIER, *Mém. sur les corps fibreux de la mamelle* (*Bullet. de l'Acad. de méd.*, t. IX. — LEBERT, *Physiol. pathol.* Paris, 1845, t. II, p. 189 ; — *Bullet. Soc. anatomique*, 1850, t. XXV. — BROCA, *Traité des tumeurs*, t. II, p. 413 ; — Article ADÉNOME (*Diction. encyclop.*, t. I). — PAGET, *Lectures on surgical Pathology*, t. II. — MECKEL, *Patholog. Anatomie der Brustdrüse* (*Illust. med. Zeitung*, 1852, 3<sup>e</sup> livr.). — CH. ROBIN, *Mém. sur une altération propre de la mamelle confondue avec le tissu hétéromorphe dit cancéreux* (*Comptes rendus Acad. des sciences*, t. XLI, p. 333, 1854). — BILLROTH, *Untersuch. über der feineren Bau und die Entwicklung der Brustdrüsengeschwulste* (*Virchow's Archiv*, t. XVIII, 1860, p. 51, et *Handbuch der allgm. und speciel. Chirurgie*, von Pitha et Billroth, 3<sup>e</sup> vol., 2<sup>e</sup> part., 1<sup>er</sup> livr.). — GOODHART, *Nature et développement des tumeurs kystiques de la mamelle* (*Edinb. med. Journal et Archives génér. de méd.*, 1872). — LANGHANS, *Zur pathologischen Histologie der weiblichen Brustdrüse* (*Virchow's Archiv*, Bd XLIII). — CADIAT, *Sur l'anatomie normale et les tumeurs du sein chez la femme*. Thèse de Paris, 1875. — L. LABBÉ ET COYNE, *Traité des tumeurs bénignes du sein*. Paris, 1876.

1<sup>o</sup> Kystes.

L'origine et la nature des kystes du sein ont été longtemps méconnues. B. Brodie, le premier, puis Birkett et Paget, rattachèrent leur développement à une dilatation des conduits excréteurs de la glande mammaire et signalèrent la relation pathogénique qui unit les tumeurs solides de la mamelle et les kystes du même organe. Les recherches de Reinhardt, de Billroth, de Færster, celles de Lebert, de Broca et de Verneuil, enfin celles plus récentes de Cadiat et de Coyne, ont permis de compléter nos connaissances sur ce sujet.

De ces divers travaux il résulte que la majorité des cavités kystiques uniloculaires ou multiloculaires que l'on rencontre dans la mamelle coexistent avec des tumeurs solides et que le développement des premières est intimement lié à celui des secondes. D'où cette conséquence importante, que l'histoire des kystes du sein ne peut plus dorénavant être séparée de celle des tumeurs solides du même organe, tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue clinique. Nous renverrons donc le lecteur, pour tout ce qui concerne l'étude des kystes qui accompagnent les tumeurs, aux divers paragraphes qui traitent du fibrome, du sarcome, de l'épithéliome du sein.

Toutefois il est utile de mentionner ici certaines variétés de kystes qui peuvent se développer aux dépens de la mamelle, sans qu'il existe de tumeur solide appréciable, et dont la description ne saurait trouver place ailleurs. De ce nombre sont : A. certaines variétés de *kystes par rétention*; B. les *kystes dermoïdes*; C. les *kystes hydatiques*.

A. *Kystes par rétention.*

Ces kystes sont dus à la dilatation de l'élément glandulaire par suite de l'accumulation du liquide sécrété, en arrière d'un obstacle s'opposant à la sortie des produits de sécrétion. Cet obstacle est constitué tantôt par de petites tumeurs pédiculées, nées dans les parois des conduits galactophores et proéminant dans la cavité de ces canaux dont elles obstruent la lumière, tantôt par un rétrécissement de ces mêmes conduits produit par un état scléreux ou cicatriciel du tissu conjonctif qui les entoure. Nous rapprocherons de ces deux variétés de kystes de la mamelle les *kystes laiteux* ou *galactocèles*.

a. *Kystes par rétention dus à une végétation endo-canaliculaire.*

La dilatation porte le plus souvent sur des canaux galactophores assez volumineux. Il est peu fréquent cependant qu'elle siège sur un des principaux conduits, au voisinage du mamelon. Birkett désignait cette variété sous le nom de *kyste sous-aréolaire*.

Dans le plus grand nombre des cas, la dilatation occupe la périphérie de la glande. Généralement unique, la cavité kystique offre un volume variable, depuis celui d'une lentille jusqu'à celui d'une grosse noix et même beaucoup plus. Globuleux lorsqu'ils sont petits, ces kystes prennent, en augmentant de volume, la forme d'un coin dont la grosse extrémité est tournée vers la circonférence de la mamelle, tandis que l'extrémité opposée se rapproche en s'effilant de la base du mamelon.

La poche kystique est le plus souvent lobulée à sa face externe, surtout lorsque l'ectasie comprend un lobule tout entier. Elle est constituée par un certain nombre de poches secondaires, séparées par des cloisons incomplètes, et qui représentent les acini plus ou moins dilatés.

La surface interne de ces kystes présente au début le revêtement épithélial de l'élément glandulaire. Plus tard cet épithélium peut disparaître; dans certains cas, on a signalé l'exsudation de couches fibreuses plus ou moins épaisses à la surface interne. Enfin la paroi même de ces kystes, d'abord mince et lisse au début, peut devenir épaisse, résistante, et subir la transformation calcaire.

Le liquide contenu dans ces kystes est très-variable. Tantôt limpide et opalescent, tantôt verdâtre, jaunâtre et plus ou moins trouble, il est parfois filant comme de la synovie. Enfin il peut contenir du sang presque pur.

L'examen de ce liquide révèle la présence de cellules épithéliales, de leucocytes en voie de dégénérescence granulo-graisseuse, de corpuscules de Glüge, de globules du sang et du lait. La proportion d'albumine est souvent assez grande pour que ce liquide puisse se coaguler en masse. Enfin il renferme parfois de la cholestérine.

Il nous reste en dernier lieu à étudier la végétation endo-canaliculaire qui détermine l'oblitération du conduit. Cette végétation, ordinairement unique, présente toujours un petit volume et est fixée par un mince pédicule à la paroi, aux dépens de laquelle elle s'est développée. La nature en est encore très-mal connue et l'on ignore à peu près complètement quelle en est l'évolution ultérieure. Il semble cependant que ces végétations, d'origine traumatique dans les cas connus, restent toujours très-petites. Rien n'autorise à admettre, quant à présent, l'opinion de Nepveu (1) qui les considère comme n'étant autre chose qu'un épithélioma glandulaire à la période de début. Il est plus vraisemblable qu'il s'agit, comme l'avance Coyne, de végétations papillaires ramifiées.

b. *Kystes par rétention dus à une rétraction cicatricielle.*

Cette variété de kystes du sein, déjà signalée par Virchow et étudiée par Coyne, résulte de l'oblitération des conduits excréteurs par suite de la rétraction cicatricielle du tissu conjonctif intralobaire.

Contrairement à ce qui existe dans la variété précédente, les kystes dont il s'agit sont multiples et présentent les volumes les plus variés, depuis la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celle d'une grosse noix. Lorsque l'ectasie est à son début (fig. 79), on constate, à l'aide du microscope, que les cavités kystiques sont formées par la dilatation d'un acinus et de la portion avoisinante de son conduit excréteur et qu'elles renferment un liquide blanc, opaque, analogue à du lait. Le tissu conjonctif périacineux a subi, autour des kystes, une hyperplasie notable concourant à épaissir les parois de ces cavités.

Enfin lorsque le kyste a acquis un volume considérable, on le trouve généralement constitué par un certain nombre de poches secondaires venant s'ouvrir dans une cavité centrale. Celle-ci représenterait le canal excréteur d'un lobule primitif, tandis que les cavités accessoires correspondraient aux acini dilatés de ce même lobule.

Les parois de ces kystes volumineux sont épaisses, fibreuses, et sont privées à leur face interne de revêtement épithélial. Le liquide contenu est blanc, laiteux, albumineux, et renferme des cellules épithéliales plus ou moins altérées et des corpuscules de Glüge.

L'histoire clinique des deux variétés de kystes dont nous venons de décrire les caractères anatomo-pathologiques est encore à peu près inconnue. On ignore sous l'influence de quelles causes ils se développent

(1) Rogeau, *Des kystes par rétention de la mamelle*. Thèse de Paris, 1874.

dans la mamelle; le traumatisme a été invoqué souvent dans leur étiologie, comme pour toute autre tumeur du sein.

Lorsqu'ils sont de petit volume, ces kystes ne sont pas appréciables ou se présentent avec les apparences d'un fibrome, d'un sarcome, etc., en un mot, d'une tumeur solide. Plus tard, lorsque la tumeur a acquis le volume d'une noisette, d'une noix, une fluctuation plus ou moins nette pourrait parfois permettre de soupçonner la nature de la tumeur, que la ponction exploratrice ne tarderait pas à révéler avec certitude.

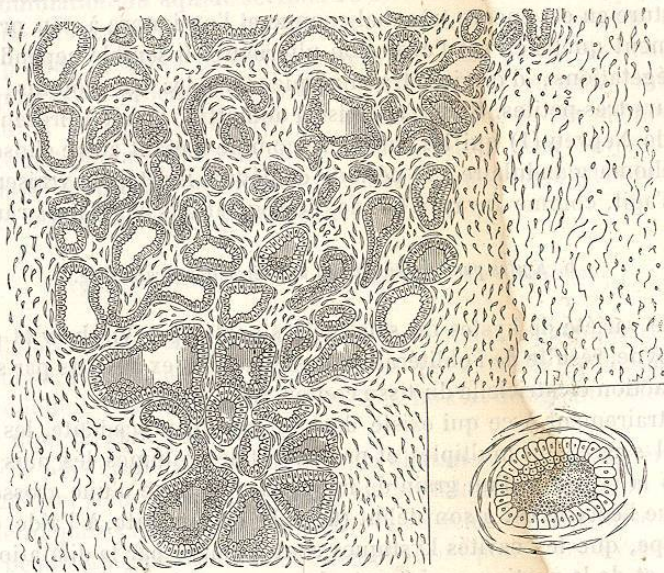


FIG. 79. — Kystes par rétention dus à la rétraction cicatricielle du tissu conjonctif interlobaire. A droite de la figure la lésion est vue à un plus fort grossissement (Coÿne).

Le pronostic de ces sortes de kystes ne peut être établi quant à présent. Il est probable que ces tumeurs sont et demeurent bénignes et correspondent à ces faits observés par divers chirurgiens et dans lesquels l'évacuation de la poche ou la ponction suivie d'injection irritante ont été suivies de guérison. Cependant on devra, d'une manière générale, se montrer extrêmement réservé au point de vue du diagnostic et du pronostic des kystes du sein; nous avons dit, en effet, que le plus souvent ils coexistent avec des tumeurs de nature variable, et nous verrons que certains kystes, qu'il nous paraît dès à présent à peu près impossible de distinguer de ceux qui ont été décrits précédemment, se développent conjointement avec l'épithélioma intracanaliculaire, dont certaines formes sont extrêmement malignes.

Aussi donnons-nous le conseil général de traiter tous les kystes du sein par l'ablation.

c. Kystes laitieux (galactocèles).

Le galactocèle, qui se rapproche des kystes par rétention décrits précédemment, s'en distingue par la nature du liquide contenu qui est constitué par du lait.

On admet généralement, depuis Velpeau, que le lait subissant diverses transformations peut donner lieu à une matière butyreuse susceptible de se durcir et de s'infiltrer de sels calcaires, d'où la formation d'un galactocèle solide. Quoique l'on ait pu suivre la série de transformations par lesquelles passe le galactocèle liquide pour arriver à l'état solide, on ne doit pas cependant s'empresse de conclure que toute tumeur à contenu butyreux a été nécessairement précédée d'un kyste laitieux. Il paraît, au contraire, certain que quelques-unes de ces tumeurs, absolument différentes du vrai galactocèle, sont dues à une prolifération exagérée des éléments épithéliaux et se rapprochent singulièrement de l'épithélioma, dont elles partagent la marche et le pronostic grave. Velpeau avait signalé ces prétendus galactocèles solides, de nature maligne.

Le galactocèle vrai s'observe généralement chez les femmes pendant la durée de la lactation ou au moment du sevrage, rarement pendant la grossesse, plus rarement encore à une époque éloignée de celle-ci. Velpeau rapporte le fait exceptionnel d'un galactocèle existant depuis neuf ans chez un homme de soixante-quinze ans.

On a signalé dans l'étiologie du galactocèle, les lésions traumatiques de la mamelle, les gerçures, les phlegmasies antérieures. Ces causes auraient provoqué la formation d'un rétrécissement des conduits galactophores.

La poche qui constitue le galactocèle est percée à sa surface interne d'un certain nombre de petites ouvertures qui correspondent à l'embouchure des canaux excréteurs de plusieurs acini mammaires plus ou moins dilatés. Parfois aussi le galactocèle se prolonge jusqu'au mamelon et s'ouvre par un orifice semblable à celui d'un conduit galactophore, de sorte qu'une pression exercée sur le kyste détermine la sortie d'un liquide laitieux par cet orifice du mamelon. Cependant cette disposition, qui permet de supposer que le kyste est formé par la dilatation d'un gros conduit, se rencontre rarement.

La paroi kystique, lisse ou plus ou moins irrégulière et même parfois ulcérée à sa face interne, présente en général une épaisseur considérable et comprend des lobules mammaires plus ou moins déformés.

Le contenu du galactocèle est du lait souvent très-pur, et il importe de signaler que ce fait a été observé dans des cas où la dernière grossesse datait d'une époque déjà très-ancienne. Ainsi Bouchacourt a observé chez une femme de cinquante ans, plus de vingt ans après le dernier accouchement, un galactocèle volumineux, contenant du lait absolument pur.