

Nous avons déjà signalé les transformations que ce liquide peut subir. On a vu des galactocèles renfermant une sorte de crème épaisse, un coagulum blanchâtre nageant dans du liquide citrin, une matière plus solide, blanc jaunâtre, analogue à du beurre, enfin des sortes de pierres (*galactocèle solide ou concret*).

SYMPTOMATOLOGIE. — Le galactocèle occupe rarement les deux seins, et est le plus souvent unique dans la même mamelle. Il donne lieu à une tumeur de volume très-variable. Scarpa a cité une observation remarquable de Volpi, dans laquelle le kyste contenait jusqu'à 40 litres de lait et descendait, dans la station assise, jusque sur les cuisses de la malade.

N'entraînant aucun trouble fonctionnel, le galactocèle se présente avec les caractères d'une tumeur mobile, sans adhérence avec la peau, à surface irrégulière, rénitente, fluctuante. Dans le galactocèle à contenu solide, la consistance est plus ou moins duré, suivant la nature des transformations subies par le lait.

Le début du galactocèle est tantôt lent, tantôt rapide; dans certains cas il peut prendre tout d'un coup un développement considérable. Une fois formé, le galactocèle persiste indéfiniment, soit qu'il conserve son volume primitif, augmentant un peu à chaque nouvel accouchement pour diminuer ensuite, soit qu'il continue de s'accroître d'une manière incessante. On a signalé exceptionnellement la disparition complète d'un galactocèle au moment du sevrage. Suivant A. Cooper, la distension excessive du kyste laiteux pourrait amener sa perforation.

Sauf les restrictions qui ont été faites relativement à certains prétendus galactocèles solides, le pronostic du galactocèle vrai est bénin. S'il survient pendant l'allaitement et qu'il n'entrave pas celui-ci par un trop grand volume, on pourra sans inconvénient attendre l'époque du sevrage pour le traiter.

On ne devra guère compter sur les résolutifs pour amener la disparition du galactocèle liquide ou concret. L'intervention chirurgicale est à peu près indispensable. Dans le galactocèle liquide, la ponction simple ou suivie d'injection iodée pourrait être essayée, mais sans beaucoup de chances de succès. Il m'est arrivé d'échouer complètement par ce moyen dans un cas de galactocèle volumineux. L'incision large avec cautérisation de la paroi interne de la poche, préconisée par Bouchacourt (1), constitue la meilleure méthode de traitement du galactocèle liquide, et convient également lorsqu'il s'agit d'un galactocèle concret.

B. Kystes dermoïdes.

Les kystes dermoïdes de la mamelle sont extrêmement rares. Gerdy (2) en a observé un exemple chez une femme de quarante-cinq ans, qui

(1) *Du galactocèle et de son traitement*. Lyon, 1857.

(2) Nélaton, *Pathologie chirurgicale*, t. IV, p. 70.

portait depuis longtemps dans le sein une petite tumeur indolente, laquelle avait subi un rapide développement, dix-huit mois avant l'entrée de la malade à l'hôpital. Du volume d'un œuf de poule, la tumeur occupait la partie inférieure et externe de la glande et présentait une surface inégale; elle était molle et fluctuante. La ponction ne donna issue à aucun liquide, mais la canule du trocart ramena une petite quantité de matière sébacée. On pratiqua l'ablation et on put s'assurer qu'il s'agissait d'un kyste sébacé profond.

C. Kystes hydatiques.

Les exemples de kystes hydatiques de la mamelle sont également très-peu nombreux. Le kyste prend naissance dans le tissu périacineux de la glande. Il se présente sous forme d'une tumeur indolente, fluctuante, adhérente à la glande mammaire, mobile sous la peau et sur les muscles. Suivant Haussmann (1), le frémissement hydatique n'y aurait jamais été constaté. Quelquefois la tumeur s'accompagne de l'engorgement des ganglions axillaires, circonstance qui contribue à faire croire à une tumeur maligne. Le développement est généralement lent et subit parfois une brusque impulsion sous l'influence d'un traumatisme. Le kyste peut s'enflammer et s'ouvrir spontanément, ainsi que Lauenstein (2) en a rapporté un exemple.

2° Syphilomes.

Les manifestations syphilitiques tertiaires du côté de la mamelle paraissent être très-rares et n'ont guère été étudiées que dans ces dernières années. D'après Lancereaux (3), Boissier de Sauvages aurait le premier rapporté, sous le nom de *cancer vérolique des glandes mammaires*, deux cas de gommés syphilitiques de ces organes. Mais si l'on en juge par le silence des auteurs classiques, les faits précédents passèrent inaperçus, jusqu'à ce que de nouvelles observations dues à Richet, Yvren, Maisonneuve, Verneuil, Ambrosoli, etc., eussent de nouveau attiré l'attention sur ce sujet. Le docteur Landreau (4) a rassemblé dans sa thèse la plupart des cas connus de syphilomes mammaires et a tenté de tracer, à l'aide de ces documents, l'histoire encore incomplète de cette classe de tumeurs du sein.

Lancereaux admet deux formes distinctes de lésions syphilitiques des glandes mammaires, qu'il désigne sous les noms de *mastite diffuse* et de *mastite circonscrite* ou *gommeuse*. Dans le premier cas, la lésion consiste

(1) *Die Parasiten der Brustdrüse*. Berlin, 1874.

(2) *Ueber der Vorkommen von Echinococcus in der Mamma*. Dissert. inaug., Gottingen, 1874.

(3) *Traité de la syphilis*. Paris, 1866, p. 225.

(4) *Essai sur les syphilomes mammaires*. Thèse de Paris, 1874.

dans une tuméfaction générale de la mamelle, sans changement de couleur de la peau, à peine douloureuse et s'accompagnant de l'engorgement des ganglions axillaires. L'existence antérieure d'accidents syphilitiques, la disparition complète de tous les symptômes sous l'influence du traitement ioduré, sont les seuls arguments sur lesquels l'auteur s'appuie pour admettre la nature syphilitique de cet engorgement mammaire. Sans nier qu'il en soit ainsi, nous devons attendre de nouveaux faits pour accepter définitivement l'existence d'une mastite syphilitique diffuse, dont les lésions anatomiques sont d'ailleurs inconnues jusqu'à présent.

Quant à la *mastite circonscrite* ou *gommeuse*, on ne peut la mettre en doute, ou du moins on possède actuellement un nombre suffisant d'observations se rapportant à de véritables gommages de la région mammaire. Le siège de ces tumeurs n'est pas toujours exactement déterminé. Si, dans quelques cas, on peut affirmer qu'il s'agit de gommages du tissu cellulaire sous-cutané sans aucune relation avec la glande, dans d'autres observations la tumeur est véritablement mammaire et se confond entièrement avec le tissu de la glande. Mais nous ignorons la nature des altérations que celle-ci a subies.

Nous laisserons de côté la gomme sous-cutanée, dont la symptomatologie n'offre rien de spécial et qui se comporte à la mamelle comme dans les autres régions. La mastite gommeuse se développe lentement, sans douleur, et sa présence n'est remarquée que lorsqu'elle a acquis un volume assez notable. Elle se présente alors sous l'aspect d'une tumeur indolente, dure, inégale, peu ou point bosselée, faisant corps avec le tissu de la mamelle. La peau a conservé sa coloration normale et sa mobilité; les ganglions axillaires ne sont pas engorgés.

La gomme mammaire subit une évolution lente; elle se ramollit à son centre, puis la peau qui la recouvre devient bientôt adhérente, rougit, s'ulcère en un ou plusieurs points et livre enfin passage à un liquide épais, visqueux, grisâtre, contenant des débris gangréneux. L'ulcération gagne en largeur plutôt qu'en profondeur et revêt bientôt les caractères des gommages ulcérées: bords épais, légèrement indurés, fond grisâtre, recouvert d'une matière pulpeuse et adhérente; intégrité de la peau au pourtour de l'ulcération. La guérison spontanée de cet ulcère, généralement lente à obtenir, laisse à sa suite une cicatrice circulaire, déprimée, blanchâtre à son centre et brunâtre à sa circonférence.

Le diagnostic des syphilomes mammaires offre une importance réelle, en raison du pronostic bénin et de la thérapeutique simple qui en découlent. Dans un certain nombre de cas, on a pu confondre une gomme de la mamelle avec une tumeur solide ou liquide de la glande, et cette confusion s'explique d'ailleurs aisément par la rareté de la gomme du sein comparée à la fréquence des tumeurs adénoïdes (fibromes, sarcomes, etc.) et des cancers du même organe.

On devra donc toujours songer à la possibilité d'une semblable méprise et tenir compte, dans le diagnostic différentiel d'une tumeur du sein, de l'existence manifeste d'accidents syphilitiques chez le sujet soumis à l'examen.

Le traitement interne par les mercuriaux et surtout par l'iodure de potassium servirait d'ailleurs de pierre de touche dans les cas douteux. Tandis qu'il resterait sans effet sur toute autre tumeur, il amènerait une prompte amélioration, bientôt suivie d'une guérison complète, dans le cas de mastite gommeuse.

3° Fibromes. — Adéno-fibromes. — Hypertrophie mammaire.

Le terme de *fibrome* est adopté par Virchow et la plupart des histologistes modernes pour désigner l'hyperplasie du tissu conjonctif. Le fibrome de la mamelle doit donc être défini: une tumeur constituée par l'hyperplasie du tissu conjonctif périacineux de la glande mammaire. Rien ne paraît plus simple que cette définition et rien de plus facile à concevoir que la nature du processus morbide qui lui correspond; cependant le fibrome du sein a été longtemps mal connu, ou du moins il a été et est encore confondu avec d'autres tumeurs qui en diffèrent notablement. Englobé avec diverses néoplasies sous le titre de tumeurs *fibroïdes*, *fibrineuses*, *adénoïdes*, expressions vagues qui pourraient tout au plus être conservées en clinique comme synonymes de *tumeurs bénignes*, mais qui devraient être rayées du langage anatomo-pathologique, le fibrome du sein rentre encore dans la classe des *adénomes* ou *hypertrophies glandulaires*. Il importe aujourd'hui de faire cesser toute confusion à cet égard et d'établir nettement en quoi le fibrome diffère de l'adénome et de l'hypertrophie glandulaire.

Le professeur Broca (1) distingue deux types d'adénomes; l'un formé par la multiplication des acini et des lobules, l'autre par l'hyperplasie du stroma fibreux de la glande. Or l'adénome vrai, c'est-à-dire la tumeur constituée par l'hypertrophie de volume et de nombre des culs-de-sac glandulaires, est considéré, d'une manière générale, par Ranvier et le plus grand nombre des histologistes, comme une rareté pathologique, et, dans le sein en particulier, son existence doit être aujourd'hui mise en doute.

Au contraire, l'adénome du second type de Broca, dû à l'hyperplasie du tissu conjonctif périacineux, existe bien réellement, de l'avis de tous les histologistes. Mais doit-on conserver aux tumeurs de cette espèce le nom d'adénome, qui exprime avant tout l'idée d'une hypertrophie portant sur l'élément glandulaire?

Évidemment, il n'y aurait pas lieu d'hésiter à rayer définitivement le terme d'adénome appliqué aux tumeurs du sein produites par l'hyper-

(1) *Traité des tumeurs*, t. II, p. 430.

plasie du tissu conjonctif périacineux, si cette hyperplasie restait exactement circonscrite et ne s'accompagnait d'aucune modification du côté de l'élément glandulaire. Mais il n'en est pas ainsi : en effet, le tissu conjonctif périacineux fait, pour ainsi dire, partie intégrante de l'élément glandulaire, et il est difficile de concevoir que le premier subisse une altération morbide sans que le second n'en ressente le contre-coup; aussi observe-t-on généralement, du côté de l'acinus lui-même, diverses modifications secondaires, telles que prolifération épithéliale, production de végétations papillaires, formations kystiques, qui ont contribué à faire naître et à entretenir l'erreur de ceux qui ont cru à une multiplication et à une altération primitive des culs-de-sac glandulaires. Si les recherches modernes ont montré que l'hyperplasie du tissu conjonctif constitue le processus initial et que les lésions des culs-de-sac glandulaires sont secondaires, il n'en est pas moins vrai que ces lésions existent et qu'il importe d'en tenir compte.

On pourrait, ce me semble, indiquer la part qui revient à l'élément conjonctif et à l'élément glandulaire dans la constitution du fibrome du sein, en le désignant sous le nom d'*adéno-fibrome* ou de *fibro-adénome*, lequel exprimerait l'idée d'une hyperplasie du tissu conjonctif périacineux avec modification de l'élément glandulaire.

Le fibrome ou l'adéno-fibrome du sein, ainsi nettement défini, se présente sous les trois formes suivantes : 1° le *fibrome diffus*, désigné par quelques auteurs sous le nom d'hypertrophie générale de la mamelle, et envahissant la totalité de la glande; 2° le *fibrome partiel*, circonscrit, lobulé, affectant des portions isolées de la glande, décrit jadis par Cruveilhier sous le nom de *corps fibreux* de la mamelle; 3° enfin, le *fibrome papillaire*, formé par des végétations intra-canaliculaires.

Cette dernière forme se combinant avec les deux précédentes ne mérite pas de description spéciale, en sorte que nous n'avons à étudier, comme variétés de l'adéno-fibrome du sein, que la forme *diffuse* et la forme *circonscrite*. Mais avant d'aborder cette étude, il importe de faire connaître un certain nombre de lésions secondaires que l'on observe également dans l'une et l'autre forme d'adéno-fibrome du sein et qui reconnaissent une origine identique; de ce nombre sont les altérations diverses des culs-de-sac glandulaires, d'où résulte la formation d'espaces lacunaires, de kystes avec production de végétations à l'intérieur de ces cavités anormales.

J'ai dit précédemment que les culs-de-sac glandulaires ne restent généralement pas indifférents à l'irritation nutritive qui existe dans leur voisinage; le plus souvent, leur épithélium se tuméfie et prolifère; il est rare qu'il en soit autrement. D'un autre côté, le développement du fibrome agit mécaniquement sur l'élément glandulaire; le tissu nouveau se développant entre les acini se borne parfois à les écarter, mais il ne tarde pas à les déformer (fig. 80) en produisant leur élongation. Les canaux excréteurs eux-mêmes, effacés, oblitérés et atrophiés dans cer-

tains points, se dilatent dans les portions intermédiaires de leur trajet. Enfin, l'hyperplasie conjonctive voisine de ces cavités y cherche en quelque sorte un débouché et son expansion repousse leur paroi; elle envahit les portions canaliculaires dilatées, sous forme de petites végétations arrondies, lobulées ou foliacées, dont le pédicule est plus ou moins large et qui se coiffent de la membrane limitante et de l'épithélium propre de la cavité glandulaire (fig. 81).

La structure de ces végétations, quelquefois volumineuses, est la même que celle du néoplasme dont elles sont des expansions locales. Elles ne doivent pas être considérées, avec Virchow, comme une variété spéciale de fibromes, car elles ne sont qu'un détail d'évolution du fibrome extérieur ou périacineux. C'est ce dernier qui mérite dans ce cas le nom de *fibrome papillaire* ou de *fibrome avec végétations intracanaliculaires*. Ce qui reste libre de la cavité ainsi envahie est rempli par un débris granulo-graisseux et épithélial ou par un liquide ayant l'aspect de la

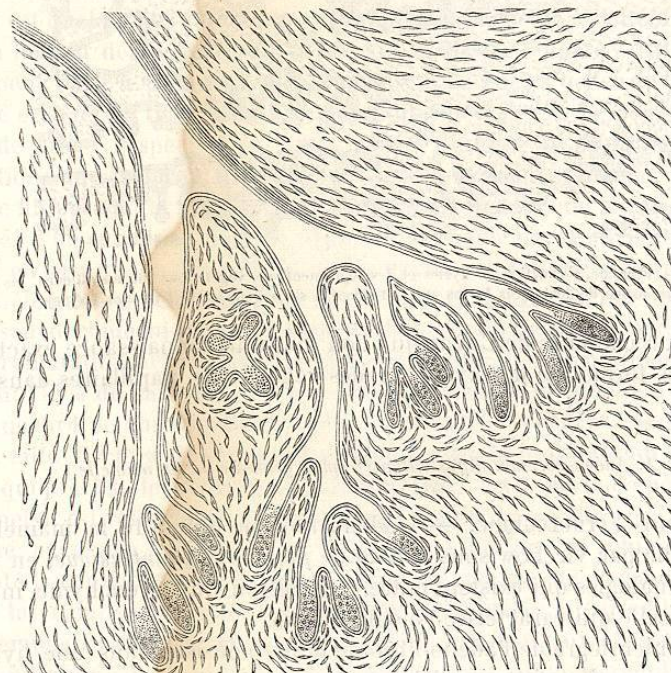


FIG. 80. — Fibrome du sein avec élongation considérable des acini et des conduits excréteurs primitifs (Labbé et Coÿne).

sérosité ou du mucus; un kyste est constitué, kyste par rétention dû à l'accumulation des produits d'une sécrétion normale ou pathologique. La transformation kystique des cavités glandulaires est due à leur oblitération partielle, soit par une végétation papillaire, soit par la

constriction qu'exerce le tissu rétractile du fibrome périacineux; les canaux glandulaires sont alors étreints par une sorte de cirrhose.

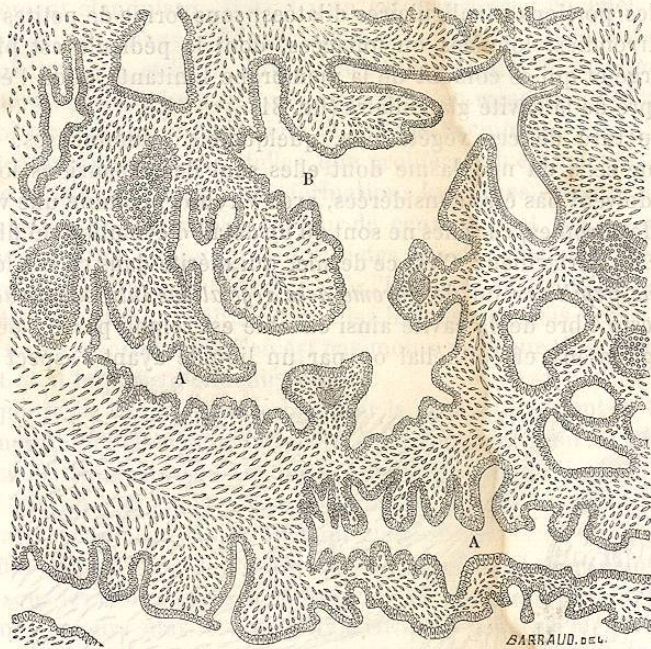


FIG. 84. — Fibrome. Formation de kystes et développement de végétations intra-kystiques, les unes en forme de dentelures A, les autres tendant à se pédiculiser B (Labbé et Coÿne).

C'est aux recherches de Coÿne que l'on doit une connaissance exacte du mode de formation des kystes et des végétations papillaires dans les fibromes.

A. Adéno-fibromes diffus. (Hypertrophie générale de la mamelle.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'adéno-fibrome diffus de la mamelle a été désigné par Virchow sous le nom de *fibrome éléphantiasique*, en raison des analogies qui existent entre cette lésion du parenchyme mammaire et celle qui caractérise l'éléphantiasis.

Le premier degré de l'adéno-fibrome diffus consiste dans une hyperplasie conjonctive portant d'abord plus particulièrement sur le tissu conjonctif interlobulaire, mais qui ne tarde pas à envahir les gaines périacineuses. Plus tard, en vertu de cette irritation nutritive se manifestant au voisinage immédiat de l'acinus, celui-ci se modifie à son tour; le revêtement épithélial augmente d'épaisseur, les cellules prolifèrent et subissent diverses altérations; en même temps, le cul-de-sac glandulaire, comprimé par le tissu morbide qui l'entoure, est déformé d'une façon mécanique et tend à disparaître.

On voit que le terme d'*hypertrophie*, que quelques auteurs s'obstinent à conserver à ce genre de lésion, est aussi impropre que possible, puisque l'élément glandulaire, loin d'être hypertrophié, subit une altération profonde qui a pour effet d'abolir ses fonctions. Parmi tous les faits rassemblés par E. Labarraque (1) dans sa thèse, il n'en est pas un seul qui puisse servir à justifier le titre d'hypertrophie de la glande mammaire et qui démontre que celle-ci existe réellement.

Dans l'observation principale qui sert de base au travail de Labarraque, la tumeur représentait une mamelle en dehors de sa période d'activité, c'est-à-dire privée encore de ses culs-de-sac glandulaires. C'était, d'après l'examen de Cadiat, une gangue de tissu fibreux, sillonnée de minces filaments canaliculaires. Est-il vraiment possible de donner à cette altération le nom d'*hypertrophie glandulaire*, et celui de fibrome ou d'adéno-fibrome ne lui convient-il pas mieux?

Le fibrome diffus modifie tous les tissus de la région mammaire, et il nous reste maintenant à signaler ces diverses lésions secondaires. La peau est quelquefois intacte, mais lorsqu'elle participe à l'altération, ce qui a lieu au début surtout, on la voit épaissie, empâtée, résistante; elle peut offrir à sa surface des rugosités analogues à celles de la peau d'une orange. Le tissu cellulo-adipeux intermédiaire à la peau et à la glande prend l'aspect d'un tissu lardacé, infiltré de liquides, aspect identique du reste avec celui que présente au même moment la charpente fibreuse de la glande. A la coupe on constate que les tissus sont gorgés d'un suc blanc, laiteux, que l'on recueille par le raclage, et qui tient en suspension des cellules et des noyaux embryonnaires avec quelques éléments épithéliaux détachés des acini. L'examen microscopique du tissu morbide lui-même montre les éléments du tissu conjonctif en voie de prolifération active, mais les vaisseaux sanguins sont normaux, ce qui exclut l'idée de sarcome. Telles sont les lésions de la première période.

Plus tard, le fibrome diffus tend à se rétracter, justifiant l'assimilation qu'a faite Virchow de son développement avec la prolifération conjonctive qui précède les scléroses viscérales. Dans cette seconde période, le mamelon est rétracté, le couteau traverse une masse fibreuse, dure et sèche, parsemée de kystes; la rétraction a diminué le volume et augmenté la consistance de la glande. Sur une coupe, on reconnaît alors que les acini sont comprimés, effacés, ou oblitérés à leur embouchure et remplis de débris granulo-graisseux et épithéliaux (*kystes acineux par rétention*). Les conduits galactophores sont amincis régulièrement ou étranglés en certains points, élargis dans les portions intermédiaires, où la rétention produit des kystes remplis de liquides divers, avec ou sans végétations papillaires.

Dans d'autres cas, le processus se termine par une formation énorme de vésicules adipeuses qui surchargent la charpente conjonctive et s'in-

(1) *Étude sur l'hypertrophie générale de la glande mammaire*. Thèse de Paris, 1875.

sinuent partout; cette infiltration adipeuse, parfois le développement de cavités kystiques, peuvent masquer la rétraction du néoplasme conjonctif en conservant à l'organe son volume considérable de la première période.

L'hypertrophie générale des mamelles se développe principalement chez des femmes entre vingt et trente ans; on l'a attribuée à l'abus du coït sans preuve certaine; les troubles de la menstruation paraissent avoir une influence mieux établie. La grossesse en a une incontestable: l'hypertrophie peut commencer avec elle, en tout cas elle en reçoit toujours une impulsion quand elle est établie déjà avant la conception. La chlorose a été invoquée par Malgaigne, le traumatisme par d'autres auteurs, mais rien n'est prouvé à cet égard. Vidal (de Cassis) (1) cite un cas d'hypertrophie mammaire chez l'homme.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'augmentation quelquefois prodigieuse de volume et de poids subie tantôt par les deux mamelles, tantôt et plus rarement par une seule, est le symptôme essentiel du fibrome diffus; elle peut s'effectuer rapidement, en une nuit même (Durston) (2), mais le plus ordinairement ses débuts sont moins rapides et passent inaperçus de la malade. Dans certains cas l'invasion se fait par poussées aiguës successives accompagnées d'accès de fièvre: c'est l'*hypertrophie aiguë* de Fingerhüth (3), l'*éléphantiasis fébrile* de Virchow. La peau prend alors une teinte rouge plus ou moins vive; les seins sont fermes, élastiques, peu mobiles malgré leur saillie; il y a parfois de la douleur. Déjà la palpation méthodique et attentive permet de reconnaître dans cette masse rénitente des noyaux durs et agglomérés, à moins que l'invasion simultanée de la peau ne masque ces caractères. Au bout d'un temps très-variable, le volume et le poids augmentent au point de gêner les mouvements du thorax et d'imprimer aux malades une attitude particulière. En l'absence de grossesse, la marche de cette hypertrophie est lente et graduelle d'ordinaire; mais chez les femmes enceintes, elle se développe au plus haut degré en quelques mois. Après l'accouchement, la sécrétion lactée est nulle dans la plupart des cas.

Le poids de l'organe peut atteindre seize livres (Manec) (4); mais on a cité des chiffres plus élevés de beaucoup. Chez une femme nullipare opérée par Richet (5), les mamelles pendaient au-devant de l'abdomen, chacune pesait environ 2 kilogrammes. Lorsqu'elles ont plus que doublé de volume, les mamelles ne tardent pas à devenir pendantes, d'aspect flétri; elles tendent à se pédiculiser en forme de besace; le pédicule est formé presque exclusivement par la peau soumise à une

(1) *Traité de path. externe*, t. IV, p. 810.

(2) W. Durston-Mangeti, *Bibliotheca medico-practica*, t. III, liv. II, p. 252, et in *Philosophical transactions*, n° 32, t. II, p. 1047-1669.

(3) Fingerhüth. Traduct. in *Archiv. gén. méd.*, 2^e série, t. XIV, 1837, p. 446.

(4) *Gazette des hôpitaux*, 1859, n° 12, p. 45.

(5) Labarraque, *Op. cit.*, p. 21.

traction continue et sillonnée de veines volumineuses. Le mamelon est plus ou moins effacé, l'aréole élargie. La consistance a diminué à cette époque, on peut même percevoir une fausse fluctuation que l'on doit distinguer de celle que pourraient fournir des kystes superficiels. A ce moment, certaines malades présentent une raucité particulière de la voix; la menstruation est toujours plus ou moins troublée. On a noté tantôt la suppression des règles et la dysménorrhée, tantôt le rapprochement des époques et des ménorrhagies. Les mouvements de la respiration et ceux du tronc, la marche même, sont entravés et pénibles; d'autre part les malades maigrissent et perdent leurs forces en même temps que l'appétit.



FIG. 82. — Fibrome diffus des mamelles (Manec).

Dans la majorité des cas, la vie n'est pas menacée, mais l'hypertrophie des mamelles constitue une infirmité qui ne fait que s'aggraver chaque jour; en outre, l'état de débilité et de marasme où elle conduit les malades prédispose celles-ci à une foule de complications (pneumonie, tuberculose, etc.). Localement il peut survenir de vastes abcès, la masse peut être frappée de gangrène totale ou partielle. La période de rétraction, lorsqu'elle survient, peut diminuer ces dangers.

Les docteurs Benoit et Monteils (1) ont récemment publié une intéressante observation d'hypertrophie considérable des mamelles chez une jeune fille de seize ans, qui vit survenir une résolution très-notable dans le volume des seins après le mariage et plusieurs grossesses. Ce fait est en opposition avec l'idée généralement admise, et soutenue en particulier par Labarraque, que la grossesse exerce toujours une influence nocive sur le développement de l'hypertrophie des mamelles. Il doit aussi rendre le chirurgien moins prompt à proposer l'ablation des seins hypertrophiés.

B. Adéno-fibrome circonscrit.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Ces tumeurs ont un volume variable, depuis celui d'une noix jusqu'à celui d'une orange, rarement davantage. Les plus volumineuses contiennent en général des kystes dans leur épaisseur. Séparées du parenchyme mammaire par une capsule de tissu fibreux condensé (fig. 83), elles sont, en outre, entourées de tissu con-

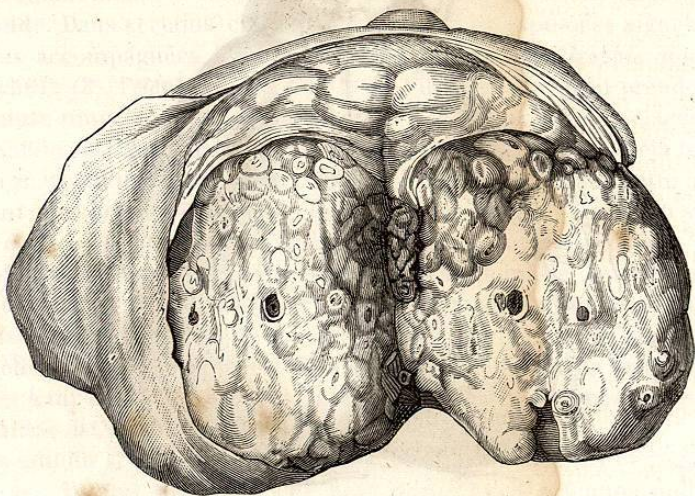


FIG. 83. — Section d'un fibrome circonscrit du sein.

jonctif lâche, facile à déchirer. Leur forme est régulière, légèrement lobée, à surface lisse. Elles siègent le plus souvent dans les parties périphériques de la glande, dont elles paraissent indépendantes, grâce à leur mobilité; il est bien certain toutefois qu'elles se développent dans la glande même et ne s'en éloignent que par une migration lente, due aux frottements, aux mouvements, et favorisée par la régularité de leur contour et l'absence de prolongements. Lorsqu'on recherche, en effet,

(1) *Montpellier médical*, juin 1877.

les relations de la tumeur avec la glande, on retrouve en général facilement le pédicule qui les rattache à leur point de départ. Broca et Verneuil ont signalé il y a longtemps ce pédicule, composé des vaisseaux et des conduits galactophores allongés, soutenus par du tissu conjonctif.

A la coupe, ces masses présentent une coloration d'un blanc rosé; les fibromes jeunes sont humides et infiltrés, les plus anciens ont un tissu plus dur et plus sec. Le microscope montre dans le premier cas du tissu conjonctif riche en éléments embryonnaires, et dans le second, un tissu adulte composé de faisceaux entre-croisés. C'est surtout dans le fibrome circonscrit que se rencontrent les végétations endocanaliculaires et les dilatations kystiques; plus tard les cavités dilatées au début sont effacées et ont l'aspect de fentes, de lacunes, contenant ou non du liquide. Nous ne reviendrons pas sur le phénomène de l'écartement des acini, suivi de leur dilatation, de leur allongement, ni sur la genèse des végétations papillaires.

Plus ces tumeurs sont anciennes, plus leur tissu est dense en général; il peut être envahi par la *calcification*. Dans certains cas on a observé leur transformation *myxomateuse*. Doit-on admettre que les fibromes sont susceptibles de se changer en *sarcomes*? Ce fait ne paraîtra pas invraisemblable si l'on réfléchit que le même processus préside à la formation de ces deux néoplasmes, qui représentent seulement des degrés différents de l'évolution du tissu conjonctif.

Ces tumeurs ne se généralisent pas, elles laissent intact le système lymphatique. Récidivent-elles sur place après ablation? Ranvier ne l'admet pas (1); Labbé et Coyne (2) en rapportent un exemple.

SYMPTOMATOLOGIE. — Le fibrome circonscrit se rencontre surtout chez des femmes encore jeunes, et les malades invoquent presque toujours une cause traumatique. Le développement de la tumeur est lent et rien ne la signale, au début, à l'attention des malades qui s'en aperçoivent par hasard, alors que la tumeur a acquis déjà un certain volume.

Lorsque le fibrome existe déjà depuis un certain temps, il occupe en général une situation périphérique: c'est une tumeur du volume d'une noix ou d'un œuf, arrondie, régulière ou légèrement lobulée; elle est mobile sur les parties profondes, et la peau glisse au-devant d'elle. Les chocs, les froissements, l'examen trop souvent répété, peuvent enflammer légèrement les parties voisines et rendre la palpation douloureuse; en dehors de ces circonstances, la tumeur est le plus souvent indolente. Sa consistance est ferme, élastique. Tous ces caractères réunis peuvent donner le change sur la nature de la tumeur: lorsque le fibrome est rapproché de la paroi antérieure du creux de l'aisselle, on peut le prendre pour un ganglion lymphatique. L'erreur a été commise par des praticiens expérimentés (3).

(1) *Histol. pathologique*, p. 160.

(2) *Op. cit.*, p. 271.

(3) *Ibid.*, p. 132.