

Abandonné à lui-même, le fibrome reste stationnaire ou grossit lentement sans se modifier beaucoup. S'il acquiert des dimensions inusitées, on devra soupçonner le développement de kystes spacieux ou redouter la déviation vers le sarcome. Les cas sont très-rare où le fibrome se complique d'ulcération de la peau mécaniquement irritée et distendue; Labbé et Coyne rapportent cependant un cas dans lequel une pareille ulcération a permis au fibrome de s'énucléer presque spontanément.

4^e Adéno-sarcome.

Le sarcome, comme le fibrome, a longtemps été confondu avec l'adénome et rangé dans la classe des tumeurs *adénoïdes*. Cette confusion est encore ici plus regrettable que pour le fibrome, car le sarcome se distingue par une marche toute différente et tend à se rapprocher des tumeurs malignes.

Le point de départ du sarcome est le tissu conjonctif périacineux; mais, de même que pour le fibrome, l'élément glandulaire ne tarde pas à être modifié par le développement de la néoplasie. Aussi, dans le but de préciser la nature et le siège des lésions, adopterai-je, comme pour le fibrome du sein, la désignation d'*adéno-sarcome*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le sarcome est constitué par la prolifération des éléments du tissu conjonctif accumulant sur le point atteint, soit des éléments embryonnaires, cellules et noyaux (*tumeurs embryoplastiques*), soit des éléments plus avancés dans leur évolution vers l'état adulte (*tumeur fibro-plastique*).

Dans la première variété, la plus rare, le sarcome, formé presque uniquement de cellules embryonnaires arrondies plus ou moins volumineuses, représente une masse molle, encéphaloïde; c'est le sarcome *globo-cellulaire* de Virchow. Dans la seconde variété, de beaucoup la plus habituelle, les éléments cellulaires ont accompli le premier stade de leur perfectionnement, ils sont allongés, fusiformes, entourés d'une substance fondamentale très-pauvre; c'est le *sarcome fasciculé, fuso-cellulaire* de Virchow, la *tumeur fibro-plastique* de Lebert. Il faut bien se garder de considérer ces éléments fusiformes, qui constituent le tissu sarcomateux, comme analogues aux éléments fibro-plastiques qui entrent dans la composition du tissu conjonctif normal. Cette erreur a été commise par Schwann et d'autres auteurs qui regardent les faisceaux d'aspect fibrillaire du tissu conjonctif comme formés par la juxtaposition de corps fusiformes. Or, on admet généralement aujourd'hui que les faisceaux d'aspect fibrillaire sont formés par une substance fondamentale intercellulaire. Virchow fait remarquer, en outre, que dans le tissu sarcomateux ces éléments fusiformes ne deviennent jamais fibres de tissu cellulaire, en admettant même qu'ils y soient aptes: s'il en était ainsi, la tumeur qu'ils forment deviendrait un fibrome.

Mais inversement il peut se déclarer au sein d'un fibrome une prolifération d'éléments qui s'arrêtent aux premiers stades de leur développement: cette infiltration d'éléments sarcomateux dans un fibrome le change en tissu *fibro-sarcomateux* ou *fibro-sarcome* (Virchow). Nous aurons à revenir sur ces transformations.

Comme nous l'avons vu à propos du fibrome, le développement du néoplasme sarcomateux dans le voisinage immédiat des culs-de-sac et des canaux glandulaires entraîne une série de modifications secondaires dans la texture du parenchyme; il est bien rare, en effet, que le sarcome prenne naissance et évolue dans les travées fibreuses interlobulaires, et s'accroisse en respectant les particules glandulaires simplement refoulées. Certes, on peut observer des masses sarcomateuses provenant du sein et dépourvues d'éléments glandulaires dans leur stroma: mais il s'agit là de récidives locales après extirpation d'une tumeur glandulaire: la tumeur secondaire s'est développée sur un terrain banal et nullement glandulaire.

Ces cas particuliers mis à part, le sarcome ou plutôt l'adéno-sarcome du sein fait subir aux éléments glandulaires qu'il englobe deux sortes

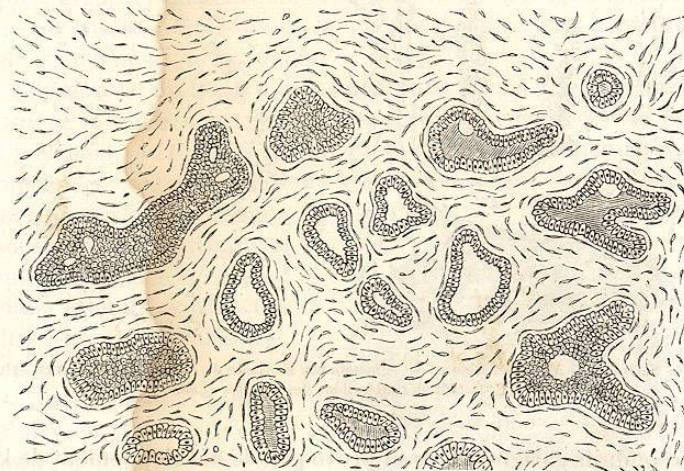


Fig. 84. — Sarcome glandulaire. Élargissement et déformation des éléments glandulaires (Labbé et Coyne).

de modifications, les unes mécaniques, les autres vitales. Tout au début la cavité de l'acinus s'agrandit et se déforme (fig. 84); bientôt son revêtement épithélial, subissant l'influence de l'irritation formative qui l'environne, entre en prolifération active, il se stratifie, c'est-à-dire que la couche unique primitive est soulevée par une nouvelle couche plus jeune: toutes ces cellules sont tuméfiées, leur contenu est trouble, les plus anciennes tombent en dégénérescence granulo-graisseuse et les détritiques qui en résultent, mêlés à des produits divers d'exsudation, rem-

plissent la cavité de l'acinus. La membrane limitante de celui-ci paraît se comporter différemment, d'après Coÿne, selon la façon dont les éléments fibro-plastiques se rangent à sa périphérie; s'ils viennent s'y implanter en lignes divergentes comme les rayons d'une étoile, leurs grands axes étant perpendiculaires à la surface extérieure de l'acinus, la cavité glandulaire prend l'aspect d'une fente lacunaire; elle est au contraire ouverte et béante lorsque les corps fusiformes viennent se coucher et se stratifier en lames concentriques et parallèles à cette surface.

A un degré plus avancé de l'altération, la membrane limitante a disparu, remplacée par les éléments fusocellulaires qui se sont mis en contact direct avec l'épithélium intérieur et arrivent finalement à faire hernie dans la cavité aciniennne ou canaliculaire généralement agrandie (*sarcome endocaniculaire*), formant des végétations intérieures, sessiles et arrondies, des cavités lacunaires et des kystes. Réciproquement ces végétations, quelquefois très-saillantes, peuvent oblitérer ou comprimer

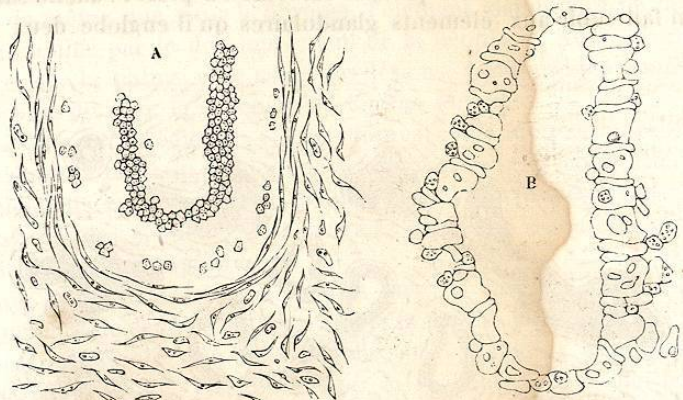


FIG. 85. — Sarcome. — A. Envahissement de la membrane limitante de l'acinus. Prolifération épithéliale secondaire. — B. Détails des altérations des cellules (Labbé et Coÿne).

mer les conduits galactophores et provoquer le développement de kystes par rétention. Nous ne reviendrons pas sur cette évolution intéressante qui a été précédemment exposée.

Contrairement à ce que l'on observe dans le carcinome qui progresse de façon à englober des portions de tissu sain, le sarcome envahit de proche en proche et fait disparaître tout élément adipeux dans les parties atteintes. Les vaisseaux qui traversent la masse morbide présentent divers degrés d'altération; ils sont en général dilatés et cette ectasie atteint d'abord les plus petits, puis les veinules et même les artérioles. En même temps leurs tuniques s'infiltrent d'éléments embryonnaires ou fibro-plastiques; leur résistance est ainsi considérablement diminuée.

Le sarcome du sein peut n'occuper qu'une certaine portion de la glande

ou l'envahir presque tout entière; dans le premier cas, le plus ordinaire, c'est une tumeur lobée, simple ou multiple; dans le second cas, la tumeur est beaucoup plus volumineuse. On nommerait volontiers le premier, à l'exemple de Virchow, sarcome circonscrit, et le second sarcome diffus, si le mot diffus n'impliquait une marche indéterminée en tous sens par une sorte d'infiltration périphérique nullement limitée. Or, qu'il soit de petit volume ou très-étendu, le sarcome mammaire est circonscrit au début, mais son évolution ultérieure peut le rendre diffus: cette distinction a servi aux auteurs qui ont distingué un sarcome *bénin* et un sarcome *malin*, mais elle ne les justifie nullement. Une tumeur vouée par les lois de son évolution à devenir dangereuse n'est à aucun moment une tumeur bénigne.

Le sarcome du sein peut atteindre des dimensions variables, toujours supérieures cependant à celles du fibrome: la présence de kystes pouvant contenir jusqu'à un litre de liquide, comme dans un cas de Goselin cité par Coÿne, donne parfois au sarcome du sein un volume considérable. La forme de la tumeur est régulière, sa surface lobée ou mamelonnée; elle est mobile, au début du moins, sur les parties périphériques, grâce à l'existence de la capsule de tissu conjonctif condensé l'entoure et la sépare du reste de la glande repoussée et atrophiée par qui le développement de la tumeur.

A la coupe, c'est un tissu d'une apparence blanc grisâtre, uniforme, inégalement vascularisé, parsemé le plus ordinairement, à côté de culs-de-sac normaux ou remplis d'épithélium proliféré, de lacunes aplaties et comprimées, ou de dilatations kystiques avec ou sans végétations. Certaines portions, plus anciennes, sont moins consistantes, de couleur jaunâtre: ce sont des points atteints de dégénérescence granulo-graisseuse. Les canaux et tissus galactophores sont parfois remplis de cellules en dégénérescence grasseuse, donnant à leur contenu plus ou moins liquide l'apparence du lait. Plus souvent le contenu de ces kystes est un liquide muqueux.

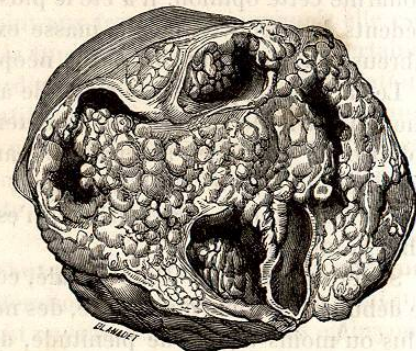


FIG. 86. — Adéno-sarcome kystique avec végétations intra-kystiques.

On a rarement affaire au sarcome à petites cellules, *sarcome encéphaloïde* de Ranvier; mais la structure exclusivement cellulaire de ce néoplasme rend compte du défaut de consistance, de l'apparence pulpeuse, plus ou moins translucide et de la tendance plus grande à la mortification granulo-graisseuse que l'on rencontre quelquefois.

Certains sarcomes présentent, en des points limités, soit des îlots de

tissu devenu muqueux, soit des portions calcifiées, ou bien enfin des points infiltrés de pigment, vestiges probables d'une hémorrhagie interstitielle.

La progression du sarcome encore capsulé est une augmentation de volume *in situ* par prolifération de ses propres éléments qui s'accumulent. Mais quand le travail néoplasique a dépassé l'enveloppe conjonctive, on observe l'envahissement continu et progressif, d'une seule tenue, des tissus voisins : il se forme autour du néoplasme ce que Virchow nomme justement la *zone de l'affection latente*, où repullule et reparait le sarcome après ablation du noyau seul. A ce moment la tumeur a cessé d'être mobile, la peau de glisser au-devant d'elle; le tégument peut s'enflammer et se mortifier par distension et défaut de vitalité, mais lorsqu'il s'ulcère à cette période du sarcome, c'est le plus souvent parce qu'il a subi l'infiltration sarcomateuse.

On peut observer l'engorgement des ganglions lymphatiques de l'aisselle; mais il faut distinguer cet état de l'envahissement si rapide des ganglions observé dans d'autres cas : l'infection ganglionnaire par le sarcome est tout au moins très-rare. L'infection à distance ou à foyers multiples, c'est-à-dire la généralisation, paraît se faire par l'intermédiaire de la circulation veineuse. Ces foyers secondaires, que Virchow nomme métastatiques, s'observent aux poumons surtout : ils n'émanent guère que du sarcome à petites cellules, rare à la mamelle.

ÉTIOLOGIE. — Labbé et Coyne, s'appuyant sur un certain nombre de faits bien observés, inclinent à penser que la majorité des sarcomes du sein dérivent de fibromes antérieurs; notre observation personnelle confirme cette opinion. Il a été le plus souvent possible aux auteurs précédents de retrouver dans la masse extirpée les vestiges d'une tumeur fibreuse ancienne envahie par la néoplasie sarcomateuse.

Le sarcome apparaît à la mamelle à tout âge, mais le plus habituellement à partir de trente ans. L'influence du célibat et de la stérilité, admise par quelques auteurs, ne paraît pas confirmée par les études récentes; l'hérédité n'est nullement établie. Le traumatisme, invoqué par presque toutes les maladies, n'est une cause efficiente réelle que chez la minorité.

SYMPTOMATOLOGIE. — On a signalé, comme annonçant dans certains cas le début du sarcome mammaire, des névralgies tenaces ou des sensations plus ou moins vagues de plénitude, de tension, exagérées au moment des règles. Il est bien certain que le plus souvent les malades s'aperçoivent par hasard de la présence du noyau d'origine de la tumeur en un point du sein qui ne leur était indiqué par aucune sensation spéciale : à ce moment le sarcome date déjà peut-être de plusieurs mois. Il forme une petite masse régulière, qui tend à s'isoler du reste de la glande auquel elle s'attache par un pédicule plus ou moins aminci : cette masse est mobile sur les parties qui l'environnent, sans la moindre adhérence avec les téguments dont elle reste plus ou moins éloignée. Le volume en est

variable et dépend de la période à laquelle on examine la tumeur; la consistance est toujours au début uniformément dure et élastique. La palpation, la pression même, sont indolentes, à moins que des frottements fréquents ou des examens trop prolongés n'aient enflammé les tissus périphériques à la tumeur. Spontanément il y a peu ou point de douleurs; lorsqu'il en existe, elles ont le caractère névralgique et s'exaspèrent au moment des règles; elles sont loin de ressembler aux douleurs parfois atroces du carcinome. Les ganglions de l'aisselle ne sont tuméfiés ni douloureux.

Si l'on presse le mamelon, on fait sourdre, dans certains cas, des gouttelettes d'un liquide muqueux ou muco-sanguinolent, provenant des conduits galactophores. On a tour à tour fait de ce symptôme le gage de la bénignité ou de la malignité des tumeurs du sein; il faut reconnaître qu'on observe cet écoulement dans l'un comme dans l'autre cas.

Le sarcome peut rester longtemps stationnaire et prendre brusquement une marche rapide, soit à l'occasion de la ménopause, soit après un traumatisme; d'autres fois le développement est dès le début rapide et continu, et en moins d'un an la tumeur peut acquérir d'énormes dimensions. Elle reste encore mobile sur les parties environnantes, mais son volume et son poids distendent la peau : le mamelon, retenu par ses adhérences aux canaux galactophores inextensibles, reste à son niveau normal pendant que le sarcome s'élève autour de lui; le mamelon paraît alors rétracté, il n'est que déplacé. La peau distendue est souvent sillonnée par des veines volumineuses; elle peut être amincie en des points où l'on perçoit une fluctuation évidente, qui témoigne de la présence de kystes parfois très-volumineux.

Cet amincissement de la peau, joint aux frottements auxquels elle est exposée par suite de la saillie de la tumeur, provoque dans certains cas son ulcération. Il faut savoir distinguer entre cette mortification mécanique et le processus ulcératif véritable qui se fait jour dans d'autres circonstances, lorsque la néoplasie sarcomateuse envahit les éléments de la peau et la transforme. Cet envahissement est la conséquence d'une évolution importante de la tumeur, sur laquelle nous devons insister maintenant.

Le sarcome est circonscrit au début par une capsule, ce qui explique sa mobilité; mais lorsque la prolifération est très-active, il survient un moment où la capsule elle-même est envahie par le processus embryonnaire; alors l'invasion se poursuit de proche en proche sans distinction de tissus, le sarcome pousse au loin des ramifications qui l'immobilisent, la peau est envahie, fixée, puis ulcérée. C'est dans ces conditions que s'observent ces larges ulcérations du sarcome mammaire, sortes d'efflorescences rouges et saignantes, largement pédiculées, à surface granuleuse, infiltrée de sang et de muco-pus, qui donnent lieu à un écoulement incessant de liquides séreux, séro-purulents, et sont parfois le point de départ d'hémorrhagies abondantes et répétées. La

santé générale qui avait résisté jusque-là et s'était maintenue intacte, commence à s'altérer; les malades s'épuisent, maigrissent, les ganglions axillaires s'engorgent et la mort ne tarde pas à survenir.

PRONOSTIC. — Certains auteurs mettent le sarcome au nombre des tumeurs bénignes de la mamelle; c'est à tort selon nous. Le terme de *tumeur bénigne* exclut l'idée de récurrence et de généralisation, en indiquant une innocuité absolue de la tumeur abandonnée à elle-même. Or, le sarcome récidive sur place, si l'exérèse n'a pas dépassé de beaucoup ses limites apparentes: toute opération incomplète ne fait qu'activer son développement en faisant perdre à la malade les avantages de l'inclusion du néoplasme dans une capsule longue à traverser; de plus, certaines variétés, comme le sarcome à petites cellules, peuvent se généraliser; enfin le développement excessif d'une tumeur sarcomateuse qui finit par s'ulcérer expose la malade à l'affaiblissement et à la cachexie véritable par suite des hémorragies et des écoulements incessants qui se font sur une très-large surface.

Si donc le sarcome ne peut être considéré comme une tumeur véritablement bénigne, il se distingue en revanche des tumeurs franchement malignes par l'intégrité à peu près constante des glandes lymphatiques, du moins au début, et l'absence de cette sorte de diathèse qui fait du cancer vrai un mal organique que l'on n'extirpe pas. La chirurgie peut triompher du sarcome.

5° Myxome.

Le myxome est constitué par une accumulation de substance gélatineuse, tremblotante, contenant un liquide semblable à une solution de gomme arabique. Le myxome pur se rencontre assez rarement à la mamelle, mais les fibromes et les sarcomes peuvent subir en certains points l'altération muqueuse. En effet, le tissu muqueux représente une des phases du développement du tissu conjonctif, comme le tissu du fibrome et celui du sarcome en représentent d'autres. Dans les cas où le myxome est mélangé, on donne à la tumeur des noms différents selon l'importance relative de l'élément principal et de l'élément muqueux (*fibrome, sarcome myxomateux, fibro-myxome, myxo-sarcome*). Nous ne décrirons que les myxomes purs du sein.

Les éléments du myxome se développent comme ceux du fibrome et du sarcome, dans le tissu conjonctif périacineux et interlobulaire; ils prennent volontiers naissance aux dépens du tissu adipeux qui infiltre dans certains cas les travées fibreuses de la glande, et ils peuvent naître aux dépens du tissu adipeux sous-cutané. Cette néoplasie, selon les cas, se limite à un territoire lobulaire isolé, ou bien envahit tout le stroma fibreux de la mamelle et donne naissance à une énorme tumeur. Ce cas est rare.

Le développement périacineux et péricanaliculaire du myxome rappelle celui des tumeurs précédentes; il peut donner lieu aux mêmes

déformations et agrandissements des éléments glandulaires, aux mêmes protrusions du tissu pathologique dans ces cavités sous forme de végétations; cependant les végétations du myxome sont toujours moins développées que celles du fibrome. Les saillies que font ces végétations dans les canaux galactophores et dans les culs-de-sac pourraient faire prendre, d'après Ranvier (1), cette tumeur pour un adénome kystique. Mais une coupe de ce tissu montre un réseau de cellules étoilées et anastomosées et un réseau capillaire à larges mailles au milieu d'une substance fondamentale demi-transparente et présentant les réactions de la substance colloïde ou muqueuse. Dans cette masse sont souvent plongées des cellules embryonnaires arrondies, des cellules adipeuses et un certain nombre de fibres élastiques.

Lorsque le myxome est limité, il forme une tumeur d'accroissement lent en général, mais peu facile à circonscrire, moins isolable que le fibrome. Il est souvent superficiel. Sa consistance est demi-fluctuante.

Le myxome peut acquérir de grandes dimensions; il forme alors des tumeurs molles, sous-cutanées et sans adhérence, ou bien envahissant la peau, qui ne tarde pas à se mortifier, ainsi que le docteur Langlet (2) en a observé un bel exemple.

6° Enchondromes. — Tumeur ostéοide.

a. Les tumeurs cartilagineuses de la mamelle, très-fréquentes chez les chiennes, seraient extrêmement rares dans l'espèce humaine, et leur existence est mise en doute par Labbé et Coÿne, qui considèrent comme très-discutables les observations dues à A. Cooper (3) et Cruveilhier (4). Il en serait de même de l'enchondrome mixte qui se rencontrerait, suivant Warren et Wagner, avec certaines tumeurs squirrheuses ou myxomateuses. Labbé et Coÿne n'ont jamais observé à la mamelle ce mélange du tissu cartilagineux avec d'autres tissus morbides qu'il est si fréquent de rencontrer dans les tumeurs complexes d'autres glandes, et en particulier de la parotide.

b. Nous avons déjà mentionné, à l'occasion des fibromes, des kystes, du galactocèle, les transformations diverses qui aboutissent parfois à la crétification et à la production de tissus plus ou moins analogues au tissu osseux. Il nous reste à signaler une variété de tumeur de la glande mammaire, qui paraît y être extrêmement rare, puisque à part deux faits douteux dus à A. Cooper et à A. Bérard, on n'en connaît qu'une seule observation authentique, rapportée par Heurtaux (de Nantes) (5). Nous voulons parler de la *tumeur ostéοide*.

(1) Cornil et Ranvier, *Manuel d'hist. path.*, p. 151.

(2) Labbé et Coÿne, *op. cit.*, p. 320.

(3) *Loc. cit.*, p. 523.

(4) *Traité d'anat. pathol.*, t. III, p. 224.

(5) *Mém. de la Soc. de chir.*, t. VII, p. 1.

Dans cette observation, qui concerne une femme de cinquante-deux ans, la tumeur du sein gauche, de la grosseur d'une petite orange, présentait trois ou quatre bosselures très-dures. On diagnostiqua un squirrhe et on en pratiqua l'extirpation. Lorsqu'on voulut diviser cette tumeur, on fut surpris d'éprouver une résistance inattendue. Le tissu morbide offrait en certains points une dureté comparable à celle d'un os spongieux un peu raréfié. Constituée par un tissu lardacé, squirrheux, la tumeur était traversée par un certain nombre d'ostéoïdes ou corps d'apparence osseuse, ayant la forme de lames assez épaisses ou de lobes arrondis. Au microscope la partie squirrheuse de la tumeur offrait les caractères habituels du squirrhe avec cette différence qu'on y trouvait de très-petites zones de tissu cartilagineux. Les ostéoïdes n'avaient pas tout à fait la structure du tissu osseux véritable, mais on pouvait les regarder comme le résultat d'un travail d'ossification avorté.

Trois mois après l'opération, on vit se développer dans l'aisselle des tumeurs d'une dureté pierreuse, ce qui permet d'admettre une analogie de texture avec la tumeur primitive; la santé générale s'altéra rapidement, et la malade succomba dans le marasme moins de huit mois après le début de la récidive.

7° Épithéliomes.

Sous le titre d'épithéliomes de la glande mammaire, les histologistes modernes désignent les diverses tumeurs du sein qui ont leur point de départ dans l'épithélium glandulaire. Si l'on s'en rapporte aux recherches les plus récentes de Malassez, consignées dans la thèse de Defaux (1), le groupe des épithéliomes du sein comprendrait des tumeurs qui semblent tout d'abord essentiellement différentes les unes des autres, soit au point de vue microscopique, soit au point de vue clinique, mais qu'il est néanmoins possible de rattacher à une série progressive d'après la nature des altérations de l'épithélium, et d'après le processus de ces altérations.

Dans cette manière de voir, que nous sommes très-disposé à accepter et dont l'exactitude paraît à peu près démontrée pour les épithéliomes d'autres glandes, et en particulier de la parotide, l'épithéliome du sein se présenterait sous les trois formes suivantes, qui correspondraient à des degrés différents de la même lésion.

Dans la première, les cellules ont conservé les caractères normaux de l'épithélium mammaire.

Dans la deuxième, l'épithélium est plus ou moins altéré: mais dans cette forme, comme dans la précédente, la disposition glandulaire est conservée et la membrane propre de l'acinus persiste.

Enfin, dans la troisième forme, outre que les cellules épithéliales ont

(1) *Contrib. à l'étude des tumeurs du sein d'origine épithéliale.* Thèse de Paris, 1877.

subi de profondes modifications, elles infiltrèrent le tissu conjonctif périacineux, par suite de la destruction de la membrane propre, en sorte que l'élément glandulaire a plus ou moins complètement disparu.

Les deux premières formes représenteraient certaines variétés de tumeurs adénoïdes, bénignes ou relativement bénignes; la troisième forme répondrait au cancer vrai (squirrhe et encéphaloïde).

Quoique, je le répète, on doive admettre, selon toute vraisemblance, que ces trois formes, et surtout les deux dernières, sont en réalité des degrés de plus en plus avancés d'une même lésion, ce qui expliquerait certains faits de prétendues transformations de tumeurs bénignes en tumeurs malignes, cependant je n'oserais donner cette opinion comme définitivement établie. En effet, certains histologistes combattant l'origine épithéliale du cancer du sein, soutiennent qu'il naît aux dépens du tissu conjonctif périacineux; d'autres professent une doctrine éclectique; en sorte qu'il serait téméraire de trancher une question encore contestée et de ranger le cancer vrai dans le groupe des épithéliomes. Jusqu'à nouvel ordre, nous décrirons donc les *épithéliomes* et le *carcinome vrai* en prenant pour caractères différentiels: la persistance de la membrane propre et la conservation de la disposition glandulaire pour les premiers; la destruction de la membrane propre avec envahissement du tissu conjonctif et la disparition de la disposition glandulaire pour le second.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La classe des épithéliomes ainsi délimitée comprend des tumeurs essentiellement constituées par la dilatation des culs-de-sac glandulaires, dont le revêtement épithélial est le siège d'une prolifération plus ou moins active, donnant lieu à la production de cellules en tout semblables à celles de l'épithélium mammaire (*épithéliomes typiques* de Malassez), ou s'éloignant du type normal et subissant des altérations de plus en plus avancées (*épithéliomes atypiques* ou *métatypiques*). Ces tumeurs revêtent les apparences de l'*adénome* solide ou kystique, et répondent en partie à la description des *polyadénomes* du professeur Broca. Elles ont été bien étudiées anatomiquement par Billroth, Rindfleisch, Cornil et Ranvier, et plus récemment par Coÿne et Malassez.

De volume variable, ne dépassant pas généralement celui du poing, ces tumeurs sont formées par la réunion d'un certain nombre de lobules et offrent à la périphérie une surface irrégulière, légèrement bosselée. Lorsqu'elles sont petites, il est difficile de les séparer de la glande mammaire; elles s'en isolent, au contraire, assez aisément lorsqu'elles ont atteint un certain volume. Une capsule fibreuse, épaisse, envoyant des prolongements entre les lobes périphériques, et devenant de plus en plus mince à mesure qu'elle pénètre dans les parties centrales, établit une ligne de démarcation entre la tumeur et le tissu cellulo-adipeux de la mamelle.

A la coupe, les épithéliomes du sein présentent des aspects variables

qui paraissent tout d'abord dénoter une structure essentiellement différente et qui répondent simplement à des degrés d'un même processus.

La surface de section est généralement blanchâtre, grisâtre, parsemée de zones dont la teinte est plus ou moins fortement rosée. Tantôt la coupe, parfaitement lisse, est criblée de petits orifices d'où la pression fait sourdre un liquide analogue à du lait ou du colostrum; tantôt la surface, moins uniforme, présente un aspect grenu, dû à la présence d'une quantité considérable de petites granulations.

A un degré plus avancé, à la place de ces granulations on trouve des amas épithéliaux qui remplissent les culs-de-sac glandulaires distendus,

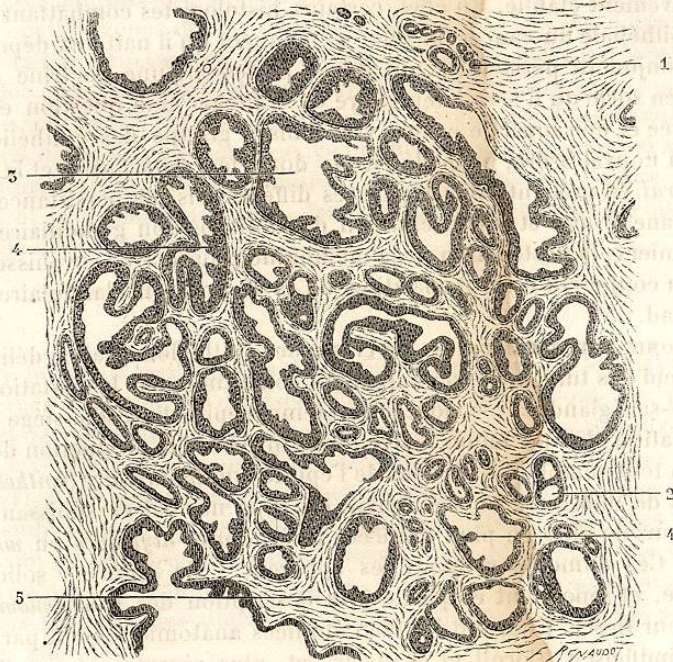


FIG. 87. — Épithéliome kystique. — 1. Cavités glandulaires peu altérées. — 2. Cavités devenant kystiques. — 3. Cavités kystiques avec végétations. — 4. Végétations épithéliales.

et qui se distinguent dans certaines portions de la coupe sous forme de points jaunâtres, caséux, d'où s'échappent par la pression des pelotons vermiformes qui laissent à leur place autant d'ouvertures très-petites, mais appréciables à l'œil nu. A ce degré d'altération, il est fréquent de voir les conduits galactophores prendre une part très-active à la dilatation; ils se dessinent sous la forme de lignes ou de traînées jaunâtres.

Ces différents aspects correspondent à la forme *glandulaire* ou *adénoïde* des épithéliomes.

Mais il est fréquent d'observer une autre forme caractérisée par la

présence de cavités kystiques, généralement peu nombreuses et dont le volume ne dépasse pas d'ordinaire celui d'un pois. Cependant, dans quelques cas, elles peuvent acquérir des dimensions plus considérables et faire croire à l'existence de kystes essentiels.

Les parois de ces cavités kystiques sont quelquefois lisses et régulières; mais le plus souvent elles sont inégales, dentelées, et fréquemment on voit partir de leur surface interne des végétations qui flottent dans l'intérieur du kyste.

L'examen microscopique permet de suivre les modifications de structure qui donnent lieu à ces différents aspects de l'épithéliome.

Les culs-de-sac glandulaires subissent un développement énorme qui porte d'une façon très-irrégulière sur les lobules et même sur les acini d'un même lobule. L'épithélium a conservé primitivement ses caractères normaux; il a proliféré, mais sans s'écarter du type régulier. Dans ces cas, les culs-de-sac glandulaires dilatés sont remplis par un liquide muqueux, ressemblant à du colostrum, parfois trouble, visqueux, et renfermant quelquefois des débris épithéliaux et des globules sanguins. A un degré plus avancé, la couche épithéliale, au lieu d'être lisse et unie, devient irrégulière, villose,

et forme de petites végétations d'apparences variées, ainsi qu'on peut le voir dans la figure 87.

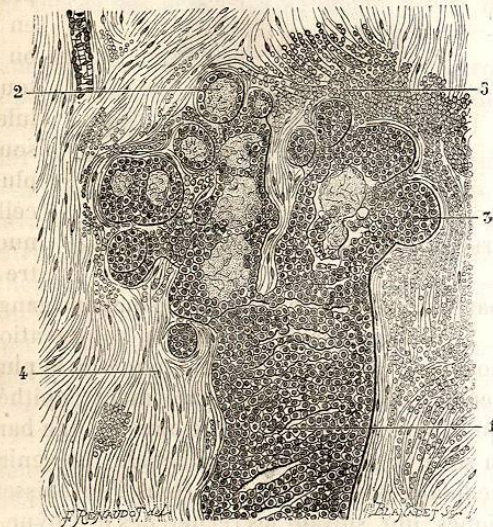


FIG. 88. — Épithéliome kystique. — 1. Conduit galactophore dilaté par la prolifération épithéliale. — 2. Acinus kystique. — 3. Acinus rempli de cellules épithéliales. — 4. Tissu conjonctif sain. — 5. Tissu conjonctif infiltré de petites cellules.

Lorsqu'elles sont petites, ces végétations sont purement épithéliales; plus volumineuses, elles renferment quelques fibrilles de tissu conjonctif avec des capillaires sanguins en grand nombre. On pourrait croire, dans ces cas, qu'il s'agit de végétations sarcomateuses et myxomateuses, si le tissu conjonctif ne présentait pas ses caractères normaux.

Enfin, à un degré encore plus avancé, qui correspond à l'épithéliome *métatypique*, les dilatations des culs-de-sac glandulaires sont complètement remplies par des masses épithéliales disposées sans aucun ordre (fig. 88); les cellules ont subi une série d'altérations et de transformations. A mesure qu'on s'éloigne de la membrane propre du cul-de-sac glandulaire, elles deviennent de plus en plus irrégulières et sont