

envahies par la dégénérescence granulo-graisseuse. C'est par suite des progrès de cette dégénérescence qu'il peut se former, au centre des dilatations glandulaires, de petits kystes, très-bien décrits par Coÿne, et qui renferment souvent à leur intérieur de nombreuses végétations épithéliales. Deffaux a étudié et noté avec soin les diverses altérations de l'épithélium, dont les cellules augmentées de volume, irrégulières, présentent les formes les plus diverses et renferment des noyaux nombreux et volumineux avec nucléoles brillants. La figure 89 montre une disposition particulière des cellules que l'on observe fréquemment dans la couche de revêtement des petits kystes. Les cellules les plus superficielles sont allongées, cylindriques, renfermant un ou plusieurs noyaux agglomérés en une seule masse sphérique ou ovale; ce noyau occupe toujours l'extrémité de la cellule en contact avec la couche sous-jacente, tandis que la plus grande portion de cette cellule, privée de tout élément nucléaire, proémine vers le centre de l'excavation, en formant

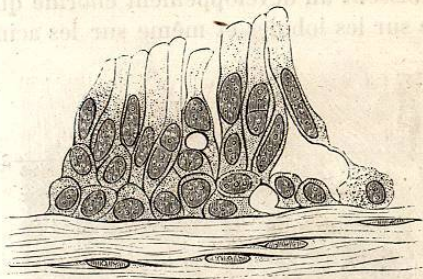


FIG. 89. — Revêtement épithélial d'une cavité kystique.

par sa juxtaposition avec ses voisines une gangue hyaline à bords très-nets.

Ainsi que nous l'avons dit, la conservation de la membrane propre constitue un caractère anatomique de la plus haute importance et peut servir à distinguer histologiquement l'épithéliome du carcinome. Tant qu'elle persiste, elle semble opposer une barrière suffisante pour isoler la zone de prolifération épithéliale, prévenir l'infiltration dans le tissu cellulaire périacineux et surtout l'envahissement des lacunes lymphatiques, qui, suivant les recherches de Coÿne, n'entrent pas en communication avec l'acinus. Aussi pendant tout le temps que persiste cet isolement, observe-t-on l'intégrité des vaisseaux lymphatiques. Mais on peut suivre, pour ainsi dire, pas à pas les altérations de la membrane propre : sa couche interne se dissocie d'abord par l'infiltration des cellules épithéliales, puis en un ou plusieurs points elle disparaît; le tissu cellulaire périacineux, les lacunes lymphatiques sont envahis, et l'épithéliome devient diffus, ou, pour mieux dire, on n'a plus affaire à un épithéliome vrai, mais à l'épithéliome carcinomateux.

Quant au tissu conjonctif périacineux, d'après quelques auteurs, il conserverait, dans l'épithéliome vrai, ses caractères normaux; suivant la plupart des histologistes, il subirait l'altération décrite par Waldeyer sous le nom de *prolifération par petites cellules*. La figure 88, qui représente une préparation due à Malassez, montre, à côté d'un stroma normal 4, une genèse très-abondante de petites cellules 5, qui dissocient les faisceaux conjonctifs.

Avant de terminer, il nous reste à dire un mot du mode de développement des épithéliomes du sein. Cette question est encore controversée. La dilatation des acini est admise et démontrée, mais on n'est pas encore définitivement fixé sur la cause première de cette dilatation. On peut admettre qu'elle est produite par une sécrétion exagérée dont les produits ne peuvent s'écouler, par suite d'une oblitération plus ou moins complète du conduit ou de l'orifice au niveau de l'acinus.

Quelques auteurs, parmi lesquels on doit citer Broca et Robin, pensent que beaucoup de ces dilatations sont des néoformations complètes. Dans cette hypothèse, qui repose sur ce fait qu'il est souvent difficile de retrouver sur les préparations la communication du conduit avec l'acinus, il se formerait de toutes pièces des acini complètement privés de canal excréteur.

Enfin Langhans a émis sans preuve l'opinion que la membrane propre glandulaire prend part, par sa prolifération, à l'agrandissement des cavités glandulaires.

Quoi qu'il en soit, le point de départ des épithéliomes du sein réside tout entier dans le cul-de-sac glandulaire et principalement dans son revêtement épithélial, contrairement à ce que l'on observe pour les tumeurs d'origine conjonctive (fibrome, sarcome, myxome), dans lesquelles l'altération de l'épithélium, lorsqu'elle existe, ne se montre que secondairement et se produit de dehors en dedans.

SYMPTOMATOLOGIE. — Il est difficile, dans l'état actuel de la science, de donner une bonne description clinique des épithéliomes du sein, dont la symptomatologie se confond avec celle des tumeurs dites *adénoïdes*.

De volume moyen, ne dépassant pas généralement celui d'un œuf, atteignant exceptionnellement la grosseur d'un poing d'adulte ou davantage, les épithéliomes présentent une surface irrégulière, parsemée de bosselures assez petites. La tumeur est moins bien limitée, surtout au début, moins isolée du reste de la glande mammaire, que les tumeurs d'origine conjonctive (fibrome, sarcome, myxome); elle est, par conséquent, moins mobile et se déplace en masse avec le tissu mammaire. Le plus souvent, elle conserve une dureté assez grande; alors même qu'elle renferme des kystes, ceux-ci sont assez petits pour que la consistance ne soit pas modifiée. Cependant, on doit savoir que parfois il peut se développer dans l'épithéliome une ou plusieurs cavités kystiques, assez considérables pour devenir appréciables à un examen clinique.

On a noté, dans les épithéliomes du sein, le poids de la tumeur et l'écoulement de liquides variables par le mamelon; mais on ne peut raisonnablement attacher trop d'importance à ces deux symptômes, dont le premier est d'une appréciation difficile et dont le second n'a rien de spécial, puisqu'il a été observé dans presque toutes les tumeurs du sein, bénignes ou malignes.

Il importe de rappeler comme un caractère important, dans l'histoire clinique des épithéliomes, l'intégrité des ganglions axillaires.

La marche de la tumeur est généralement lente et régulière; suivant Labbé et Coÿne, l'épithéliome ne se développerait pas par saccades comme les fibromes et les sarcomes. Cependant, il faut bien savoir qu'après être resté longtemps stationnaire l'épithéliome du sein peut subir une évolution rapide et prendre brusquement les allures d'une tumeur maligne. L'histologie rend compte de ces faits qui s'expliquent, non par une véritable transformation, car la nature de la tumeur ne change pas, mais par un envahissement progressif du tissu conjonctif périacineux, après que la membrane propre de l'acinus a été détruite. Dans ces conditions, le mal ne tarde pas à envahir la peau et à se propager du côté des voies lymphatiques.

Au point de vue du *pronostic*, il paraît démontré que certaines formes d'épithéliomes du sein demeurent longtemps bénignes et peuvent ne pas récidiver après leur ablation; tel serait surtout l'épithéliome typique. La forme métatypique, au contraire, semble plus maligne et récidive souvent sur place après ablation.

Jusqu'à présent le diagnostic entre ces deux formes est impossible. Le microscope rendra dans ces cas de réels services en montrant la nature de la tumeur enlevée, et permettra de formuler le pronostic, du moins dans une certaine mesure.

8° Cancer.

On a vu précédemment que certains auteurs tendent à considérer le carcinome comme le degré le plus avancé de l'épithéliome mammaire, et en réalité, sur un grand nombre de tumeurs offrant les caractères histologiques et la marche clinique du cancer, on peut suivre la série d'altérations glandulaires qui entraînent la destruction de la membrane propre de l'acinus et l'infiltration des cellules épithéliales dans le tissu périacineux.

Mais il n'en est pas toujours ainsi; dans bien des cas, cette constatation est impossible et l'origine épithéliale du cancer de la mamelle semble même assez douteuse pour que plusieurs histologistes le fassent naître du tissu conjonctif, ou à la fois du tissu conjonctif et de l'épithélium glandulaire.

C'est en raison de ces divergences d'opinions que nous avons cru devoir séparer l'histoire du cancer de celle de l'épithéliome, tout en faisant remarquer les liens étroits qui unissent ces deux classes de tumeurs. Les données fournies par la clinique autorisent d'ailleurs, jusqu'à un certain point, cette distinction entre l'épithéliome et le carcinome mammaire: le premier affectant, au moins pendant un certain temps, les allures d'une tumeur bénigne, et le second revêtant toujours les caractères d'une tumeur maligne.

Nous réserverons donc le nom de cancer aux tumeurs du sein caractérisées anatomiquement par la disparition de l'élément glandulaire, par la prolifération d'un épithélium altéré dans ses caractères normaux et infiltrant le tissu conjonctif, enfin par la présence au milieu de ce tissu d'espaces alvéolaires, remplis de masses épithéliales. Cette structure alvéolaire, considérée par quelques auteurs comme seule caractéristique du carcinome vrai, peut cependant faire défaut.

Cliniquement, le cancer du sein comprend des tumeurs envahissantes, infectantes, se propageant aux lymphatiques, récidivant sur place ou à distance, se généralisant et entraînant la mort.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — A la mamelle comme dans les autres organes, le cancer se présente sous les deux formes du *squiorrhe* et de l'*encéphaloïde*, désignations qui indiquent certaines différences dans les caractères macroscopiques et dans la marche des tumeurs, mais non dans leur nature.

On peut observer encore, à la mamelle, le *cancer muqueux* ou *colloïde*. Mais cette forme, qui paraît être une modification de l'une des précédentes, y est fort rare. Il en est de même du *cancer mélanique*.

Le squiorrhe (*squiorrhe lardacé*, *ligneux*, de Velpeau), petit, dur, résistant, offre à la coupe une surface lisse, blanchâtre ou d'un blanc grisâtre,

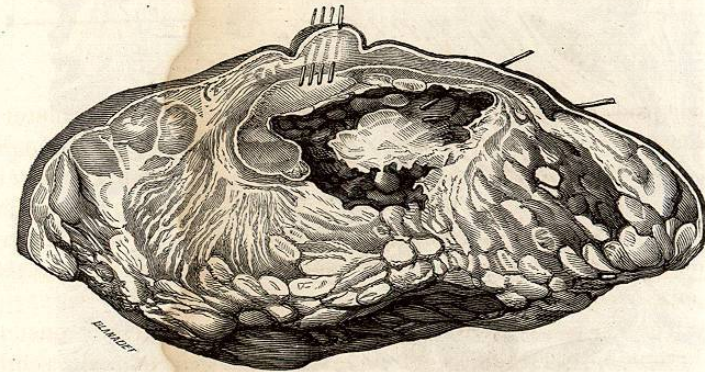


FIG. 90. — Cavité kystique au centre d'une tumeur cancéreuse.

parsemée souvent de points jaunâtres, caséeux; l'encéphaloïde plus volumineux, moins dur, présente une section d'une mate, grisâtre, avec de nombreux points rouges hémorragiques. Tandis qu'il est rare de rencontrer dans le squiorrhe des cavités kystiques qui, d'ailleurs, ne dépassent jamais un petit volume, il est au contraire assez fréquent de voir, au milieu de tumeurs encéphaloïdes, des kystes plus ou moins volumineux (fig. 90), renfermant un liquide séreux, séro-sanguinolent ou même remplis par du sang pur ou altéré. Nous nous bornerons à rappeler, comme propre au cancer, la présence à la surface de la coupe

du *suc cancéreux*, miscible à l'eau qu'il trouble. Ce dernier caractère serait le seul qui permette de distinguer le suc cancéreux du mucus caséux que l'on recueille à la surface de section d'un épithéliome.

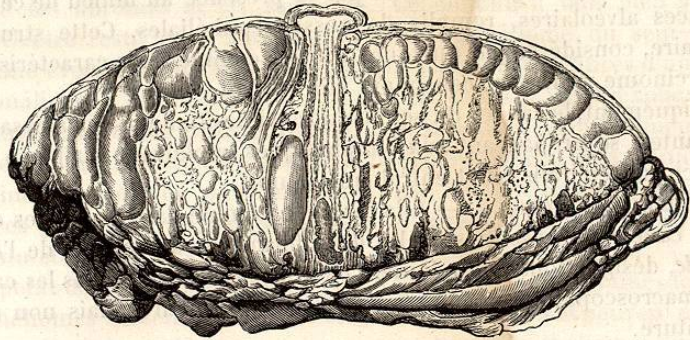


FIG. 91. — Squirrhe de la mamelle. — Infiltration de la glande s'étendant à la peau (Birkett).

Enfin le cancer se distingue encore à l'œil nu par son adhérence intime aux tissus voisins avec lesquels la tumeur semble se confondre. Ce caractère est surtout très-prononcé dans certaines variétés de squirrhe (fig. 91);

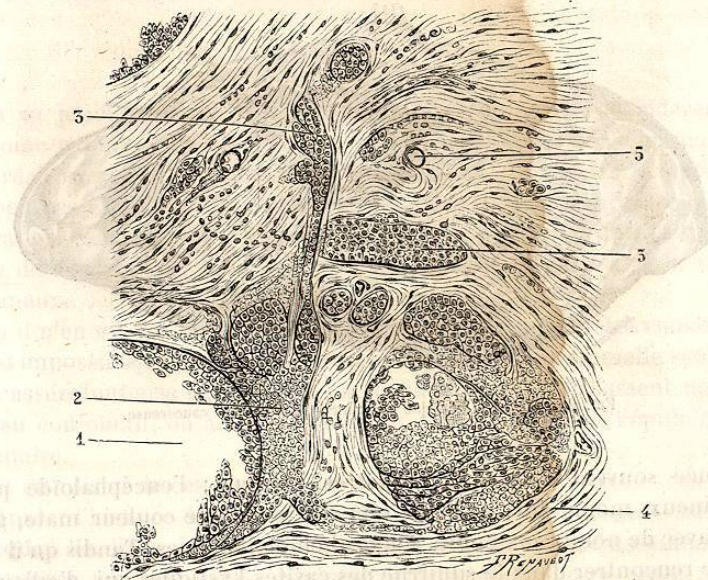


FIG. 92. — Épithéliome infectant. — Destruction de l'élément glandulaire

la peau est collée sur la tumeur dont elle fait partie intégrante; le mamelon rétracté a pour ainsi dire disparu et est comme perdu dans la masse dure qui remplace la mamelle (*squirrhe atrophique*). Dans d'autres

cas, outre ces adhérences, la tumeur envoie dans tous les sens des prolongements que l'on a comparés à des pattes de crabes (*squirrhe rameux*).

A l'examen microscopique, le cancer est constitué par un stroma conjonctif contenant dans ses mailles des cellules épithéliales dont les caractères extérieurs et la disposition sont essentiellement variables. Quant aux éléments glandulaires, nous avons dit qu'ils disparaissent très-rapidement par suite de l'envahissement et de la destruction de la membrane propre de l'acinus. La figure 92, représentant une belle préparation de Malassez, permet de saisir nettement ce processus. Une cavité glandulaire 1, privée de sa membrane propre et revêtue d'une épaisse couche épithéliale, paraît communiquer avec des masses épithéliales, 2, qui elles-mêmes émettent un prolongement plein, 3, formant une végétation épithéliale dans le tissu conjonctif, 4. Sur les limites des parties envahies, on trouve les acini plus ou moins altérés, avec leur épithélium en voie de prolifération. Pour les auteurs qui admettent l'origine conjonctive du cancer, cette hyperplasie des éléments glandulaires serait due à une irritation de voisinage.



FIG. 93. — Carcinome du sein. — 1. Masses épithéliales pleines. — 2. Masses épithéliales creusées d'une petite cavité centrale. — 3. Stroma fibreux.

Les cellules affectent les dimensions et les formes les plus diverses, et présentent des noyaux énormes, multiples, avec de nombreux nucléoles brillants. Elles sont fréquemment accumulées dans des espaces alvéolaires, limités par le tissu conjonctif [*carcinome alvéolaire* (fig. 93)]. Dans d'autres cas, elles forment des traînées allongées, suivant la direction des fibres conjonctives, et semblent contenues dans l'intérieur de canaux

préexistants, d'où l'hypothèse de l'origine du cancer dans les vaisseaux lymphatiques. Enfin, il arrive parfois que ces traînées s'envoient entre elles des anastomoses et constituent une sorte de réseau à mailles plus ou moins larges (*épithéliome carcinomateux diffus*).

Le tissu conjonctif formant le stroma de la tumeur présente diverses altérations depuis l'état de tissu embryonnaire jusqu'à celui de tissu fibreux. Suivant que l'élément épithélial ou l'élément conjonctif prédomine, le cancer revêt les caractères de l'encéphaloïde ou du squirrhe. Dans la variété de squirrhe désignée sous le nom de *squirrhe atrophique*, le tissu conjonctif devenu fibreux et presque cicatriciel tend à étouffer l'élément épithélial, d'où la marche particulière de cette variété et sa tendance vers une guérison apparente.

Les cavités kystiques que l'on rencontre parfois dans le carcinome du sein reconnaissent la même origine que les kystes des épithéliomes, c'est-à-dire qu'elles sont dues à la dégénérescence granulo-graisseuse des cellules épithéliales. Dans l'encéphaloïde, elles sont souvent remplies de sang et résultent de véritables hémorragies interstitielles.

Malassez (1) a signalé récemment une forme microcystique de cancer de la mamelle, déjà décrite par Hermann et Tourneux (2), et qui consiste dans la production, au sein d'une masse encéphaloïde, de petits kystes dont la paroi interne est formée par des cellules cylindriques. Les dimensions et la forme de ces cavités empêchaient d'admettre qu'elles fussent des cavités glandulaires altérées; elles s'étaient développées dans le centre d'alvéoles cancéreuses dont les cellules, revenues à leur type normal, étaient disposées en revêtement.

La charpente conjonctive sert de soutien aux vaisseaux de la tumeur, qui sont surtout nombreux au voisinage des masses épithéliales. La plupart de ces vaisseaux de nouvelle formation ont une texture embryonnaire et sont réduits à une seule paroi peu résistante, qui se laisse dilater par places, disposition qui explique la fréquence de leur rupture. Quant aux vaisseaux lymphatiques, ils formeraient, selon Rindfleisch, des gaines autour des vaisseaux sanguins. Dans tous les cas, ils sont rapidement envahis par les cellules épithéliales, ce qui s'explique par l'existence des *lacunes* lymphatiques de la mamelle, et les ganglions auxquels aboutissent ces vaisseaux ne tardent pas à présenter les mêmes altérations que celles qui existent dans la glande mammaire.

L'envahissement de la peau paraît se faire également par la voie des lymphatiques. Dans la forme désignée par Velpeau sous le nom de *squirrhe en cuirasse*, il semble que les glandes de la peau soient prises en même temps que la glande mammaire ou presque simultanément. Doutrelepoint (3) a constaté ces altérations glandulaires de la peau dans

(1) *Archives de physiologie*, 1876, p. 353.

(2) *Journal de l'anatomie*, 1876.

(3) *Archiv für klinische Chirurgie*, t. XII, p. 551.

un cas de cancer en cuirasse remarquable par la nature même du carcinome qui appartenait à la variété colloïde.

Dans le cas de généralisation du cancer de la mamelle, la colonne vertébrale est le siège le plus habituel des néoplasies secondaires. L. Tripier (1) a décrit avec soin les lésions des vertèbres qui débentent par une sorte d'ostéite condensante pour revêtir au centre les caractères identiques à ceux du carcinome mammaire. Les masses cancéreuses des corps vertébraux peuvent, en s'accroissant, comprimer la moelle et les nerfs, qui, à leur tour, subissent des altérations diverses, d'où résultent pendant la vie des troubles nerveux importants à signaler.

Après la colonne vertébrale, on doit citer les côtes et les organes thoraciques, le médiastin, la plèvre et les poumons, puis les organes abdominaux et en particulier le foie, comme siège le plus fréquent de tumeurs cancéreuses secondaires.

ÉTILOGIE. — Rare au-dessous de trente-cinq ans, le cancer de la mamelle atteint surtout les femmes au moment de la ménopause, entre quarante-cinq et cinquante ans. Si on excepte l'hérédité, qui a été souvent notée, on ne sait presque rien sur les causes prédisposantes ou déterminantes du cancer du sein. La plupart des malades accusent comme origine de leur tumeur un traumatisme parfois violent, le plus souvent insignifiant; aussi doit-on n'accepter qu'avec une certaine réserve les renseignements qu'elles fournissent à cet égard.

SYMPTOMATOLOGIE. — Le cancer du sein affecte des formes cliniques variables, suivant qu'il s'agit du squirrhe ou de l'encéphaloïde. Ce dernier débute généralement par une petite induration, le plus souvent indolente, et dont la malade ne remarque l'existence que quand la tumeur a acquis le volume d'une noix ou d'un petit œuf. Cette tumeur est dure et fait corps avec la glande dont elle suit les mouvements. Quoique la peau ne soit pas encore adhérente, lorsqu'on cherche à la plisser entre les doigts, on remarque que le tissu cellulaire sous-cutané a perdu sa souplesse et que le tégument ne glisse plus aussi facilement au-devant de la tumeur.

Le mamelon subit parfois des modifications importantes à signaler; il est plus ou moins dévié et rétracté du côté de la tumeur. Ce phénomène est cependant plus marqué dans certaines variétés de squirrhe, ainsi que nous le dirons plus loin.

On a fréquemment noté, dans l'encéphaloïde plus souvent que dans le squirrhe, l'écoulement par le mamelon d'un liquide séreux, séro-sanguin, ou même constitué par du sang pur. Mais ce symptôme n'offre rien de spécial.

Les progrès du mal sont généralement assez rapides: en quelques mois la tumeur a doublé ou triplé de volume, la peau est devenue adhérente et se confond avec la masse morbide sous jacente; elle est amincie, de

(1) *Du cancer de la colonne vertébrale*. Thèse de Paris, 1866.

couleur violacée, sillonnée par de petits vaisseaux (fig. 94). Dans son développement, la consistance de l'encéphaloïde se modifie; de dure qu'elle était au début, la tumeur devient plus molle, et il est fréquent de constater dans certains cas d'encéphaloïdes volumineux l'existence d'une véritable fluctuation due à la formation de cavités kystiques. Parfois l'apparition de ces collections liquides coïncide avec une augmentation rapide du volume de la tumeur.

L'ulcération de l'encéphaloïde peut survenir avant même qu'il n'ait atteint de grandes dimensions. La peau, de plus en plus adhérente, envahie par l'altération cancéreuse, ne tarde pas à rougir et à s'ulcérer. Les tissus néoplasiques font alors issue au dehors sous forme de végéta-

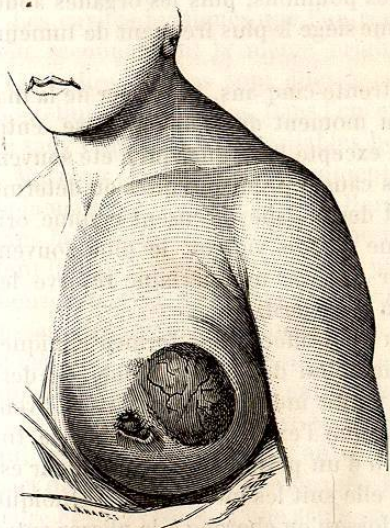


FIG. 94. — Cancer encéphaloïde du sein.

tions volumineuses, d'un rouge foncé, saignant facilement, donnant lieu à une sécrétion ichoreuse, fétide. Les bords de l'ulcération sont irréguliers, épais, indurés, adhérents à la masse sous-jacente. Si les douleurs n'existaient pas avant l'ulcération, elles se développent bientôt avec une intensité variable, mais quelquefois extrêmement vive, ne laissant aucun repos aux malades.

Les ganglions axillaires, dont l'envahissement précède souvent la période d'ulcération, s'engorgent rapidement et forment des masses parfois énormes, qui remplissent la cavité axillaire et compriment les vaisseaux et nerfs du membre supérieur, d'où résultent

des douleurs névralgiques et des œdèmes de la main, de l'avant-bras et du bras.

Dans son développement, l'encéphaloïde peut envahir une grande partie de la paroi thoracique, et son extension se fait aussi bien en profondeur qu'en largeur. En effet, la tumeur, en même temps qu'elle s'ulcère à sa surface, devient adhérente aux parties profondes, aux muscles, au squelette de la paroi thoracique.

Parfois on a observé des gangrènes étendues et on a vu s'éliminer des portions considérables de la tumeur; dans quelques cas même, à la suite de ces éliminations spontanées, il se forme une cicatrice véritable. Mais le plus souvent, les masses détruites par le sphacèle sont bien vite remplacées par de nouvelles fongosités, et, s'il s'était formé une cicatrice, celle-ci est rapidement détruite. On cite un fait observé par Richerand, Dupuytren et Paillard, dans lequel le sphacèle total d'une mamelle can-

céreuse fut suivi d'une guérison complète, mais par contre Boyer a rapporté l'observation d'une malade qui, après une guérison spontanée obtenue par ce procédé, succomba huit mois plus tard à une récurrence.

La santé générale, qui peut s'être maintenue jusqu'à la période d'ulcération, ne tarde pas à s'altérer rapidement dès que la tumeur est ulcérée. Par suite des douleurs, des hémorrhagies répétées, de la sécrétion ichoreuse continuelle, les malades perdent leurs forces; l'appétit, le sommeil ont disparu; enfin les signes de la cachexie cancéreuse, indiquant l'infection générale et la généralisation de la maladie, ne tardent pas à se manifester. La mort survient d'une manière lente et progressive ou est précipitée par une hémorrhagie ou par une complication thoracique.

Comme l'encéphaloïde, le squirrhe peut débiter par un petit noyau d'induration isolé, faisant corps avec la glande, présentant de bonne heure une adhérence intime avec la peau, et s'accompagnant rapidement d'un engorgement des ganglions axillaires. Les différences s'accroissent seulement dans la marche ultérieure des deux affections. Le squirrhe n'acquiert jamais un volume aussi considérable que l'encéphaloïde; il conserve sa dureté primitive, et en général il est plus lent à s'ulcérer. L'ulcération présente également des caractères particuliers; elle est de forme irrégulière, ses bords sont amincis, et son fond parfois déprimé, ou de niveau avec les parties voisines, couvert de fongosités, ne présente jamais les énormes champignons vasculaires qui caractérisent l'encéphaloïde ulcéré.

Dans une autre forme clinique désignée par Velpeau sous le nom de *squirrhe dissimulé*, au lieu d'une seule tumeur, on rencontre dès le début plusieurs noyaux isolés dans l'épaisseur de la glande; tandis que quelques-uns de ces noyaux se réunissent pour former une masse considérable, il s'en développe d'autres à la périphérie, et la glande ne tarde pas à être complètement envahie.

Parfois cet envahissement de la totalité de la glande se montre dès le début (*squirrhe en masse* de Velpeau). Dans ce cas on constate une adhérence rapide de la tumeur avec la peau et les parties profondes.

On peut encore observer une autre forme de squirrhe décrite par Velpeau sous le nom de *squirrhe en cuirasse*. La glande également prise en masse, d'une dureté extrême, semble se ratatiner et se coller au thorax, auquel elle adhère solidement. Mais en même temps la peau

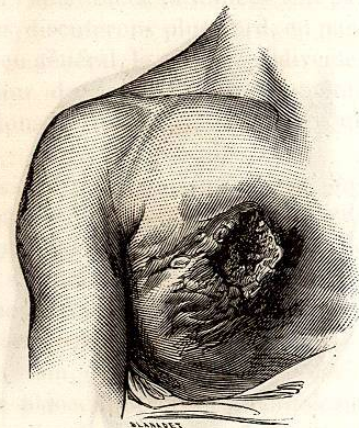


FIG. 95. — Squirrhe ulcéré avec noyaux dissimulés à la périphérie.

s'épaissit et on voit se développer dans son épaisseur des nodosités très-dures, peu volumineuses, qui se multiplient rapidement, envahissent les régions voisines du thorax, et peuvent même s'étendre sur le cou et sur l'abdomen. Dans cette forme, d'une gravité exceptionnelle, les deux mamelles sont souvent prises en même temps. La région antérieure du thorax présente alors de larges plaques indurées, d'une coloration brunâtre ou brun rougeâtre, qui forment comme une sorte de cuirasse inextensible, s'opposant à la dilatation de la poitrine. Il en résulte une gêne de la respiration qui s'accroît de plus en plus et qui, jointe aux douleurs atroces qu'éprouvent les malades, précipite la terminaison fatale. Cette forme de squirrhe se rencontre le plus souvent chez des femmes encore jeunes.

Nous avons décrit précédemment (page 601) une variété de cancer cutané de la région mammaire qui se rapproche sensiblement du squirrhe en cuirasse, mais qui s'en distingue par ce fait que la glande mammaire peut rester intacte.

Enfin, nous devons signaler une dernière forme clinique du squirrhe que l'on observe surtout chez des femmes âgées de plus de soixante ans,

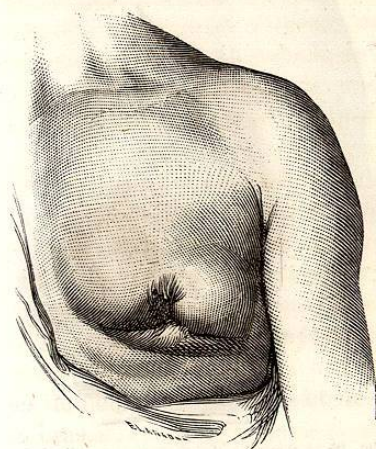


FIG. 96. — Squirrhe atrophique.

et qui est connue sous le nom de *squirrhe atrophique*. La tumeur extrêmement dure, envahissant la plus grande partie de la glande, adhérente à la peau et aux parties profondes, semble subir une diminution graduelle de son volume; elle se racornit, se ratatine pour ainsi dire, la peau subit une rétraction qui tend à la plisser et à faire disparaître le mamelon. L'ulcération, lorsqu'elle existe, est très-petite et apparaît comme une dépression dans laquelle la peau s'enfonce en s'adossant à elle-même et en se fronçant (fig. 96).

Le squirrhe atrophique se fait remarquer par la lenteur de sa marche qui contraste avec l'évolution rapide des autres formes du cancer de la mamelle. L'encéphaloïde parcourt en quelques mois ses diverses périodes et arrive rapidement à la généralisation et à la mort. Sa durée moyenne est de douze à dix-huit mois. Dans quelques cas même on a vu la généralisation et la mort survenir au bout de trois mois. Il en est de même pour le squirrhe en cuirasse.

Le squirrhe atrophique, au contraire, peut persister pendant plusieurs années sans subir aucune aggravation locale et sans offrir de tendance à la généralisation; il semble même, dans certains cas, que la tumeur marche vers la guérison spontanée; aussi n'est-il pas rare de voir les

malades qui en sont atteintes succomber à une affection tout à fait étrangère.

Entre ces deux termes extrêmes se place le squirrhe commun dont la marche est moins rapide que celle de l'encéphaloïde, mais qui atteint tout aussi sûrement le but fatal. Il est souvent permis de suivre alors l'envahissement graduel du système lymphatique, et la généralisation dans divers organes. Tripièr a insisté avec raison sur l'importance des douleurs accusées par les malades le long de la colonne vertébrale, douleurs irradiant dans les membres inférieurs et qui, en l'absence d'autres signes de généralisation, doivent faire craindre l'envahissement des vertèbres par le tissu néoplasique.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT. — Le pronostic du cancer en général est assez connu, et nous avons suffisamment insisté sur les différences que l'on observe au point de vue de leur marche entre les diverses variétés de carcinome du sein pour qu'il soit utile de revenir sur ce sujet.

Au point de vue thérapeutique l'inefficacité absolue des médicaments internes et externes appliqués à la cure du cancer étant démontrée, on s'accorde à reconnaître que le seul traitement curatif du cancer de la mamelle consiste dans la destruction ou l'ablation de la tumeur soit par les caustiques, soit par le bistouri. Nous discuterons plus tard, en parlant du traitement des tumeurs du sein en général, la valeur des diverses méthodes de destruction et d'extirpation de ces tumeurs, en même temps que nous signalerons les indications et les contre-indications de ces opérations.

Notre but est seulement d'examiner ici les résultats fournis par l'intervention chirurgicale dans le cas de cancer de la mamelle. Ces résultats paraissent assez tristes, surtout depuis qu'on a nettement séparé le carcinome vrai des autres tumeurs de la mamelle, telles que le sarcome, le myxome, l'épithéliome que l'on rangeait autrefois dans la classe des cancers et qui présentent une gravité moindre que le carcinome vrai. Dans ce dernier cas, la récurrence après l'opération, quelque complète qu'elle ait été, ne tarde pas à survenir soit sur place, soit dans les ganglions axillaires, ou bien, sans qu'il y ait récurrence, la généralisation et l'infection cancéreuse se produisent rapidement après l'opération.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES TUMEURS DU SEIN. — Lorsqu'une malade se présente au chirurgien comme étant affectée d'une tumeur du sein, il importe tout d'abord de s'assurer que cette tumeur existe réellement. Bien que cette constatation semble *à priori* très-facile, et qu'il paraisse presque banal de s'arrêter sur ce point de diagnostic, on doit savoir qu'un grand nombre de femmes nerveuses, pusillanimes, éprouvant quelques douleurs dans le sein, soit à la suite d'un traumatisme, soit sans cause appréciable, finissent par se persuader qu'elles sont atteintes d'une tumeur; dans ces cas, il peut se faire que par suite d'un examen superficiel ou maladroit le chirurgien partage l'erreur de la malade et