

prenne pour une production morbide le tissu mammaire normal. J'ai vu pour ma part cette méprise plusieurs fois commise par des élèves.

Velpeau a insisté avec raison sur le diagnostic de ces *tumeurs imaginaires*, et a bien indiqué le moyen d'éviter l'erreur. Pour cela on ne devra pas explorer la mamelle en la saisissant par l'un de ses diamètres transverses ou par l'un des points de sa circonférence, car ainsi pressé entre les doigts le tissu de la glande mammaire présente, surtout chez certaines femmes qui ont eu plusieurs grossesses, une consistance considérable et qui paraît anormale; dans quelques cas même, certains lobules plus volumineux ou plus consistants donnent l'idée d'une tumeur distincte. Mais si l'on procède différemment, et si, abandonnant la mamelle sur la paroi thoracique, on explore ses divers points en pressant d'avant en arrière, il deviendra facile de reconnaître la présence d'une tumeur distincte ou d'affirmer que cette tumeur n'existe pas.

Ce premier point élucidé, et l'existence d'une tumeur étant nettement démontrée, il faut établir la nature de cette tumeur. Au point de vue clinique on peut admettre trois classes de tumeurs du sein : les tumeurs *benignes*, les tumeurs *malignes* et les tumeurs *intermédiaires* qui, offrant certains des caractères des tumeurs bénignes peuvent néanmoins se comporter comme des tumeurs malignes, c'est-à-dire repulluler sur place ou se reproduire à distance.

Le diagnostic entre une tumeur bénigne et une tumeur maligne repose sur la recherche des conditions étiologiques, sur l'examen des symptômes physiques et physiologiques, sur l'étude de la marche et de l'évolution de la maladie.

Les signes différentiels tirés de l'étiologie ne présentent en général qu'une faible valeur. S'il est vrai que les tumeurs bénignes s'observent plus souvent chez des femmes jeunes, âgées de moins de trente ans, tandis que les tumeurs malignes se rencontrent de préférence chez des sujets ayant dépassé la cinquantaine, cette règle est soumise à de fréquentes exceptions.

L'hérédité, tout en constituant un antécédent dont il faut tenir compte, en faveur d'une tumeur maligne, manque aussi très-souvent.

Les *traumatismes*, les *troubles de la menstruation*, les *perturbations dans le fonctionnement de l'appareil mammaire, au moment de la lactation ou de la grossesse*, sont également de faible importance au point de vue du diagnostic qui nous occupe. Relativement aux traumatismes, il est peu de femmes qui ne rapportent pas l'origine de leur tumeur, qu'elle soit bénigne ou maligne, à l'action d'une violence extérieure, vraie ou supposée. On s'accorde, cependant, en général à reconnaître que les tumeurs bénignes se développent souvent à la suite d'un coup, d'une contusion sur le sein. De même les troubles de la menstruation, les perturbations dans le fonctionnement de l'appareil mammaire, sont plus fréquemment notés dans les circonstances étiologiques qui ont précédé le développement des tumeurs bénignes. Mais,

je le répète, on ne saurait faire aucun fonds sérieux sur la constatation de ces faits.

Les éléments du diagnostic différentiel doivent être principalement recherchés dans l'examen attentif des caractères physiques et physiologiques de la tumeur.

Je n'attache pas une grande importance au *siège* occupé par le néoplasme. Tout ce que l'on peut dire à cet égard, c'est que si les tumeurs malignes envahissent sans distinction de siège tous les points de la mamelle, les tumeurs bénignes semblent affecter de préférence la région externe de la glande.

Parmi les caractères physiques qui doivent principalement fixer l'attention du chirurgien, nous étudierons le *degré d'isolement et de mobilité de la tumeur*, sa *consistance*, l'*état de la peau* qui recouvre la mamelle, l'*état du mamelon*.

Relativement au degré d'*isolement* et de *mobilité* de la production morbide, il existe des différences capitales entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes.

Tandis que les premières sont faciles à isoler des parties voisines, à séparer complètement du tissu glandulaire, glissent et roulent sous le doigt qui les explore, et jouissent d'une mobilité complète dans tous les sens; les tumeurs malignes, au contraire, alors même qu'elles sont très-peu volumineuses, ne peuvent être isolées du reste de la glande, avec laquelle elles se confondent à leur périphérie; aussi ne roulent-elles plus sous le doigt et semblent-elles adhérer aux parties avoisinantes. A une période avancée du développement des tumeurs malignes, cette adhérence se prononce de plus en plus, en raison des irradiations du tissu morbide dans les couches cellulo-adipeuses environnantes; la tumeur adhère alors non-seulement à la glande mammaire, mais à la peau qui la recouvre et à la paroi thoracique.

Cette distinction importante se retrouve encore à propos des tumeurs intermédiaires. On voit, en effet, des sarcomes, des myxo-sarcomes, ayant atteint un volume énorme, conserver leur indépendance et n'offrir aucune adhérence avec la peau ou les parties profondes, sur lesquelles ils se meuvent facilement. La peau elle-même lisse, tendue, a subi un amincissement notable, mais peut encore être plissée à la surface de la tumeur.

Les signes différentiels tirés du *degré de consistance* n'ont de valeur réelle que lorsque la tumeur a acquis un certain volume. Au début la dureté est un caractère commun aux tumeurs bénignes et malignes. Plus tard, la consistance des tumeurs bénignes se modifie: tandis que certains points fournissent une sensation de mollesse et quelquefois même de réelle fluctuation, ce qui est en rapport avec la formation de kystes, d'autres parties de la masse morbide conservent leur dureté primitive. D'une manière générale on peut donc dire que l'inégalité de consistance d'une tumeur volumineuse du sein est en faveur de l'idée

d'une tumeur bénigne; cependant il ne faudrait pas exagérer la valeur de ce symptôme, car s'il est vrai que certaines tumeurs franchement malignes restent également dures malgré leur accroissement de volume, d'autres présentent un caractère de mollesse, soit dès leur début, soit lorsqu'elles ont acquis un plus grand développement. Mais pour celles qui n'étaient pas primitivement molles et qui ne le sont devenues que consécutivement, on constate une mollesse uniforme dans tous les points de la masse morbide, au lieu de ces inégalités de consistance que nous avons signalées dans les tumeurs bénignes; de plus, la peau est plus ou moins altérée et envahie par la dégénérescence.

*L'état de la peau* qui recouvre la région mammaire constitue, en effet, un caractère important à étudier.

Dans le cas de tumeur bénigne, la peau reste lisse, unie, et glisse facilement au-devant de la néoplasie; elle peut être amincie lorsque celle-ci est très-volumineuse, mais il est facile de s'assurer qu'elle est simplement distendue et qu'elle conserve son indépendance.

Lorsqu'il s'agit, au contraire, de tumeurs malignes, la peau subit rapidement des modifications profondes. Sans parler des cas de cancers multiples (*cancer en cuirasse*), dans lesquels on voit dès le début se développer dans les téguments de la mamelle, et mieux en dehors de celle-ci, des noyaux durs, de couleur brunâtre, la peau qui recouvre une tumeur maligne ne tarde pas à contracter avec elle des adhérences qui empêchent de la plisser et de la faire glisser au-devant de la masse morbide. La peau devient comme chagrinée, ses papilles sont plus saillantes et les sillons qui séparent ces dernières plus profonds, d'où un aspect rugueux du tégument.

Labbé et Coÿne ont signalé une altération particulière de la peau dans les tumeurs cancéreuses, altération qui consiste en petites saillies linéaires, au niveau desquelles la peau est plus claire, plus blanche et plus transparente. Cet aspect serait dû à la formation de varices lymphatiques cutanées et ne se montrerait que dans le cas de tumeur cancéreuse volumineuse et accompagnée d'engorgement des ganglions axillaires.

*L'état du mamelon*, dépendance du tégument de la mamelle, doit être aussi pris en considération. On observe très-fréquemment l'effacement, la rétraction de cette saillie, mais ce phénomène se présente avec des caractères différents. Dans les tumeurs bénignes volumineuses, le mamelon tend à disparaître et à s'enfoncer au centre de la masse morbide, en se retournant comme un doigt de gant, par suite de la distension des lobes de la tumeur qui l'entourent. Aussi peut-on pour ainsi dire reconstituer sa saillie, en diminuant la tension de la peau à sa périphérie.

Dans les tumeurs cancéreuses, au contraire, le mamelon subit une rétraction réelle et permanente; il diminue de volume par suite de l'altération de la peau, qui devient rugueuse, et reste fixé profondément par les adhérences qu'il contracte avec le tissu morbide.

Nous devons dire ici quelques mots d'un symptôme dont la valeur diagnostique et pronostique a été diversement interprétée: nous voulons parler de *l'écoulement par le mamelon* d'un liquide séreux, séro-sanguinolent ou même de sang presque pur. A. Richard (1), qui a le premier attiré l'attention des chirurgiens sur ce symptôme, pensait que l'écoulement d'un liquide séreux par le mamelon était propre aux tumeurs bénignes du sein et devait être considéré comme ayant une importance pronostique favorable. Les faits sont loin de justifier une semblable opinion. L'écoulement d'un liquide par le mamelon indique que le processus morbide a son siège dans la glande et que les conduits excréteurs ont conservé leur perméabilité, mais il ne prouve absolument rien relativement à la nature même de ce processus. Aussi le symptôme que nous étudions a-t-il été observé dans presque toutes les variétés de tumeurs bénignes ou malignes. La présence du sang en quantité variable dans le liquide qui s'écoule par le mamelon paraît indiquer une vascularisation anormale et semble s'observer plus fréquemment dans les tumeurs d'origine épithéliale. Dans un certain nombre de cas l'écoulement sanguin par le mamelon a précédé l'apparition de la tumeur. J'ai observé ce fait dans deux cas de tumeurs épithéliales, et Labbé et Coÿne en citent deux exemples.

Avant d'en finir avec les signes différentiels tirés des caractères physiques de la tumeur, nous devons encore examiner le cas où celle-ci est ulcérée. L'ulcération des tumeurs franchement bénignes est rare; elle s'observe plutôt dans les tumeurs cancéreuses ou dans les tumeurs intermédiaires, et, dans ces divers cas, elle présente des différences notables.

Lorsqu'il s'agit d'une tumeur bénigne ou relativement bénigne, l'ulcération ne survient qu'après que le néoplasme a acquis un gros volume; la peau distendue, amincie, finit par se sphacéler; mais en dehors de la perte de substance elle conserve son intégrité; aussi les bords de l'ulcération se montrent décollés et peuvent être soulevés avec la pointe d'un stylet. Les fongosités qui s'élèvent de l'ulcère et en forment le fond se rattachent à la masse morbide par un pédicule plus ou moins volumineux, mais toujours distinct de la peau.

Dans le cancer, au contraire, la peau est envahie par l'altération morbide sous-jacente et s'ulcère dans les points où cette altération est parvenue à sa période la plus avancée; les bords de l'ulcération, au lieu d'être décollés comme dans le cas précédent, sont donc épaissis, indurés, adhérents à la masse morbide, dans une étendue plus ou moins considérable, et le fond de l'ulcère se continue directement avec la peau qui fait partie intégrante de la tumeur.

*L'état des ganglions lymphatiques de l'aisselle* n'a pas moins d'importance; au point de vue du diagnostic, que les divers signes différentiels tirés de l'examen physique des tumeurs du sein.

(1) *Journ. de Malgaigne*, 1852.

En effet, tandis que dans les tumeurs bénignes ayant atteint un très-grand volume et même parvenues à l'ulcération, les ganglions axillaires restent intacts, il est habituel de voir les tumeurs cancéreuses, alors même qu'elles sont encore petites et non ulcérées, s'accompagner d'un engorgement et d'une induration des ganglions situés en arrière du bord inférieur du grand pectoral.

Le diagnostic différentiel entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes doit encore être complété à l'aide des renseignements fournis par les *commémoratifs* et la *marche* de la tumeur.

S'agit-il d'une tumeur bénigne ? La maladie a débuté dans la jeunesse ou du moins à une époque peu avancée de la vie ; elle s'est développée lentement, sans douleur, et est parfois restée un temps assez long sans subir d'accroissement notable ; souvent l'augmentation du volume s'est faite par poussées successives. La santé générale s'est conservée bonne jusqu'au moment où la tumeur s'est ulcérée, et même dans ce cas l'amaigrissement, la perte des forces, les troubles du côté de l'appareil digestif, qui sont dus à l'abondance de la suppuration ou aux hémorrhagies, ne sont pas aussi prononcés que lorsqu'il s'agit de tumeurs malignes et ne s'accompagnent pas des signes habituels de la cachexie cancéreuse et de l'infection générale.

Après avoir établi aussi complètement que possible les bases du diagnostic entre les tumeurs bénignes ou relativement bénignes et les tumeurs cancéreuses vraies, il resterait à faire le diagnostic différentiel des diverses tumeurs renfermées dans chacun de ces groupes. Or il n'est pas toujours possible d'arriver sur ce point à une certitude absolue, et dans bien des cas le chirurgien devra s'en tenir au diagnostic de tumeur *adénoïde* ou de tumeur *cancéreuse* sans pouvoir préciser rigoureusement la variété anatomique de l'une ou de l'autre.

Nous rappellerons, cependant, quelques-uns des caractères à l'aide desquels on pourra acquérir au moins des présomptions sur la variété de tumeur en présence de laquelle on se trouve. Nous renvoyons d'ailleurs sur ce point le lecteur à la description clinique de chaque variété de tumeur.

Dans le groupe des tumeurs offrant les caractères des tumeurs bénignes, les unes sont *liquides* ou *fluctuantes*, les autres *solides*. Lorsqu'il existe des doutes au sujet de la fluctuation, une ponction exploratrice permettra toujours de juger la question, et fournira en même temps des renseignements sur la nature du liquide. Celle-ci d'ailleurs pourrait être soupçonnée avant toute ponction.

Un *épanchement sanguin* traumatique a été précédé d'une contusion violente, s'accompagne d'une ecchymose et est entouré par une induration plus ou moins étendue.

Une *collection purulente* succède à une phlegmasie de la région mammaire et présente les caractères ordinaires des abcès. Cependant il est bon de rappeler que certaines collections purulentes sous-mam-

maires, à marche chronique, ont pu en imposer pour une tumeur solide et même pour une tumeur maligne.

Les *kystes* de la mamelle peuvent être formés par du lait ou de la sérosité plus ou moins mélangée de sang. Le début de la maladie au moment de la lactation pourrait faire soupçonner un kyste laiteux ; mais, dans bien des cas, la ponction seule assurera le diagnostic. Relativement aux kystes séreux ou séro-sanguins, on a vu qu'ils coïncidaient le plus souvent avec des tumeurs solides ou du moins avec des altérations de la glande mammaire susceptibles de se développer et de constituer plus tard de véritables tumeurs. Dans ce cas, on devra donc toujours rechercher avec soin, soit avant, soit après la ponction, s'il n'existe pas une partie solide qui aurait pu se dissimuler derrière la collection liquide.

Quant aux *kystes hydatiques*, d'ailleurs extrêmement rares, ils ont été presque toujours méconnus, et leur diagnostic deviendrait seulement possible dans le cas où la tumeur serait assez superficielle pour qu'on pût y percevoir la fluctuation ou le frémissement hydatique. Mais on n'aurait encore une certitude absolue qu'après l'examen du liquide extrait par une ponction et dénotant l'existence des crochets caractéristiques.

Le diagnostic différentiel des tumeurs bénignes non fluctuantes ou solides est à peu près impossible au début. Les adéno-fibromes, les adéno-sarcomes, les myxomes, les épithéliomes intra-canaliculaires se présentent avec des caractères à peu près semblables.

Le galactocèle solide ou concret serait aisément confondu, à cette période, avec les diverses tumeurs adénoïdes solides, si l'on manquait de renseignements sur le mode de développement de la production morbide sur son apparition au moment de la lactation, sur son changement de consistance ; et, de fait, le diagnostic du galactocèle solide n'a presque jamais été établi qu'après l'ablation de la tumeur.

À cette période encore, lorsqu'il s'agit de petites tumeurs douloureuses, il serait impossible de dire si celles-ci sont des névromes vrais ou de petites tumeurs adénoïdes irritables. Ce n'est que par le développement ultérieur qu'il sera permis de juger la question. Les tumeurs adénoïdes se développent plus que les névromes et cessent d'être douloureuses.

À une époque plus avancée de leur développement, les différences s'accroissent entre les diverses tumeurs solides.

Sans revenir ici sur les signes physiques propres à chaque variété de tumeurs dites adénoïdes, je rappellerai la dureté du fibrome, l'inégalité de consistance du sarcome qui présente souvent des points fluctuants correspondant à des kystes, l'extrême mollesse du myxome, etc.

Le fibrome diffus, multiple, diffère d'ailleurs essentiellement du sarcome et du myxome, soit par la multiplicité des tumeurs (*fibromes multiples*), soit par l'envahissement général de la glande (*fibrome diffus*)

Mais on pourrait confondre le fibrome diffus avec ces engorgements de la mamelle, d'ailleurs extrêmement rares, qui ont été considérés par Lancereaux comme étant de nature syphilitique (*mastite syphilitique*). Les commémoratifs, l'existence d'une éruption spécifique sur le sein et surtout au niveau du mamelon, devraient faire suspendre le diagnostic jusqu'au moment où l'emploi d'un traitement général aurait permis de juger la question.

Le fibrome diffus peut d'ailleurs prêter à d'autres erreurs. C'est ainsi qu'on pourrait le confondre avec le squirrhe disséminé. Ce dernier, cependant, se distinguera par l'envahissement simultané de la glande et de la peau et par l'apparition de nodules en dehors même de la zone glandulaire.

Je dois encore mentionner, au point de vue du diagnostic, le fibrome diffus parvenu à la période de rétraction cicatricielle et dont l'aspect extérieur rappelle celui du squirrhe atrophique du sein. Dans les deux cas, en effet, le sein est rétracté, bosselé, induré; la peau est collée contre la tumeur et le mamelon rétracté. Le diagnostic, dans ce cas, se basera sur l'étude des antécédents et de la marche de la maladie. S'il s'agit d'un fibrome diffus, la femme sera jeune, le début de la maladie aura été marqué par des phénomènes fébriles et un engorgement considérable du sein suivi de la rétraction. S'agit-il, au contraire, d'un squirrhe atrophique? La malade aura dépassé la cinquantaine et l'affection aura débuté par une induration d'abord circonscrite, puis envahissant la totalité du sein et s'accompagnant dès le principe de la rétraction caractéristique.

Enfin, relativement au diagnostic du myxome du sein, on pourrait le confondre avec le lipome, d'ailleurs très-rare en cette région, et qui ne se reconnaît au début qu'à sa complète indépendance de la glande, tandis que le myxome adhère au tissu de la mamelle. Plus tard, lorsque la tumeur a acquis un volume considérable, l'altération de la peau, qui n'existe jamais dans le lipome, devra faire admettre la nature myxomateuse de la tumeur.

Quant au cancer vrai, les deux formes qu'il affecte, squirrhe et encéphaloïde, se distingueront l'une de l'autre par les mêmes caractères qui permettent de les reconnaître en d'autres régions. Le squirrhe est d'un petit volume, d'une dureté extrême, le plus souvent accompagné de rétraction de la peau et du mamelon; son évolution est lente. L'encéphaloïde est plus volumineux, sa consistance est plus molle; par suite d'hémorragies interstitielles, il peut même présenter des points fluctuants; son évolution est beaucoup plus rapide et il arrive beaucoup plus vite que le squirrhe à la période d'ulcération.

TRAITEMENT DES TUMEURS DU SEIN. — Les différences de nature qui séparent entre elles les tumeurs du sein ne sont pas telles qu'on ne puisse étudier d'une manière générale les moyens de traitement qui leur sont

applicables, à la condition d'établir dans quels cas il convient d'employer tel ou tel moyen thérapeutique.

Le traitement des tumeurs du sein peut être *général* et *local*.

TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Le traitement général est le plus souvent palliatif. Si l'on excepte, en effet, les tumeurs syphilitiques qui peuvent disparaître complètement sous la seule influence du traitement spécifique, on peut dire de toutes les autres tumeurs bénignes ou malignes, qu'elles ne subissent aucune action curative des remèdes internes. Les préparations iodées et iodurées, l'arsenic, la ciguë, etc., vantées contre les tumeurs bénignes ou malignes, restent constamment sans effet sur les tumeurs du sein et font partie de l'ensemble des moyens qui constituent le *traitement moral*.

Les seuls médicaments que l'on puisse employer avec avantage, mais à titre de palliatifs, sont ceux qui ont pour effet de soutenir et de relever les forces des malades et de calmer les douleurs lorsqu'elles existent. Nous n'insisterons pas sur les ressources de la thérapeutique pour remplir ces deux indications, auxquelles répondent la médication reconstituante, d'une part, et la médication narcotique, d'autre part. A ce dernier point de vue, la méthode des injections hypodermiques rendra souvent de grands services.

TRAITEMENT LOCAL. — Il est *curatif* ou *palliatif*, et sous ce titre de traitement *curatif*, nous comprenons non-seulement l'ensemble des moyens qui peuvent assurer définitivement la guérison, mais encore ceux qui se proposent d'atteindre ce but pour un temps plus ou moins long.

*Traitement curatif.* — Les topiques résolutifs, la compression, le broiement et le morcellement, les injections interstitielles, l'extirpation, la cautérisation, tels sont les moyens locaux de traitement que l'on peut mettre en usage pour obtenir la guérison d'une tumeur du sein.

a. *Topiques résolutifs.* — Il en est des topiques comme du traitement général dit résolutif. Agissant la plupart du temps sur le moral seul des malades, les prétendus topiques résolutifs restent le plus souvent sans efficacité contre les tumeurs du sein et peuvent même, dans un certain nombre de cas, avoir une action nuisible sur la peau qu'ils irritent et enflamment. Telles sont les pommades mercurielles, iodées, iodurées, etc. Nous conseillons donc de ne recourir à l'emploi de ces moyens qu'avec une grande prudence et de ne pas en prolonger l'usage.

b. *Compression.* — Introduite dans la thérapeutique des tumeurs par S. Young (1809), employée plus tard par Récamier, qui croyait l'avoir imaginée et qui l'appliquait à toutes les tumeurs du sein indistinctement, la compression a été de nouveau préconisée par le professeur Broca (1) dans le traitement des *adénomes*. Or si, d'une part, on se rappelle que ce terme d'*adénome* comprend un certain nombre de tumeurs de nature variable, dont les unes (fibromes) seraient à la rigueur sus-

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, 1852, t. LXII, p. 154, 199 et 246.