

La mamelle est certainement la région qui a fourni aux histologistes les plus nombreux éléments de leurs études, car les tumeurs y sont fréquentes et présentent toutes les variétés, depuis les types purs jusqu'aux mélanges de divers tissus morbides.

Bien que la peau, le tissu cellulo-graisseux puissent être atteints de néoplasmes spéciaux, tels que les kystes sébacés, l'épithélioma cutané, les lipomes, nous ne leur consacrerons point un chapitre, nous bornant à faire remarquer que l'épithélioma de la peau n'offre pas de caractères particuliers dans cette région et ne se montre guère qu'à un âge avancé. J'ai eu, il y a quelques années, l'occasion d'opérer une femme de soixante-cinq ans qui portait à la partie inférieure du sein droit une tumeur épithéliale ulcérée qui ne tenait nullement à la glande et n'avait pas retenti sur les ganglions axillaires. Les exemples analogues à celui-ci sont assez rares, mais presque toutes les observations ont un trait commun : lenteur du développement, ulcération tardive sans altération de la glande ni des lymphatiques pendant une longue période.

Nous dirons enfin que le lipome est surtout placé autour de la glande, en avant d'elle, sous la peau qu'il distend ou derrière elle dans le tissu post-mammaire où il refoule en masse le sein, comme cela a lieu dans les abcès profonds. Le volume du lipome peut être considérable.

Les vraies tumeurs du sein se développent soit dans les acini, épithélium ou paroi, soit dans la zone conjonctive fine, délicate, serrée qui entoure ces lobules et dans laquelle la gaine lymphatique se trouve creusée. Plus rarement on les voit formées aux dépens des vaisseaux sanguins : les tumeurs vasculaires, les angiomes ne sont jamais que des exceptions.

En reconnaissant que les néoplasmes du sein, quel que soit le tissu qui les compose, ont pour point de départ les tissus normaux de la région, la science moderne a réalisé un progrès considérable, mais la variété des tumeurs et l'incertitude où nous sommes encore vis-à-vis de certains points de doctrine ne permettent pas aujourd'hui d'établir une classification. L'épithélioma, le carcinome, les kystes si nombreux, ont des origines discutées, et pour ne rien préjuger, la clinique, tout en tenant compte des faits démontrés qui la guident vers un diagnostic plus certain, doit admettre une division visant simplement les caractères physiques des tumeurs et leur marche plus ou moins rapide.

Quelle que soit la tumeur, il est bien rare que sur les différents tissus dont se compose la partie atteinte il n'y ait pas de lésions d'ensemble qui témoignent de l'union fort intime qui existe entre les différents types et qu'on pourrait énumérer dans cette courte proposition : *Les tumeurs bénignes ou malignes procèdent d'un travail hyperplasique en vertu duquel, indépendamment du tissu primitivement atteint, tous les autres sont susceptibles de dégénérer à leur tour.* — Ainsi s'expliquent les tumeurs mixtes et les transformations auxquelles certains néoplasmes bénins se trouvent exposés.

Deux grandes classes doivent être ici reconnues : les *kystes* et les *tumeurs solides*.

Les tumeurs liquides, les *kystes*, à part certaines variétés rares, ne peuvent paraître séparés des tumeurs solides auxquelles ils sont souvent annexés ou qu'ils précèdent quelquefois comme s'ils ne constituaient qu'une étape de la transformation, du travail morbide qui prépare le processus néoplasique.

Les kystes simples, hydatiques, par rétention lactée ou par étranglement des canalicules, se voient presque à titre d'exception.

C'est à peine si les signes qu'ils présentent peuvent servir à les différencier et leur diagnostic reste toujours incertain : témoins les erreurs fréquemment commises ou la surprise des opérateurs qui, croyant s'attaquer à une tumeur solide, ont vu tout à coup un kyste hydatique se présenter dans l'incision, un épanchement laiteux s'ouvrir sous leur bistouri.

Les kystes laiteux ou galactocèles sont constitués par une paroi propre facilement reconnue pour celle des conduits excréteurs des lobules, tapissée par un épithélium polygonal et renfermant un liquide qui rappelle exactement la composition du lait ou qui est formé de sérosité au sein de laquelle se trouvent des caillots dérivés du lait.

Du galactocèle on peut rapprocher les kystes consécutifs à des oblitérations des conduits excréteurs sur l'origine desquelles on est loin d'être fixé (Peyrot). Mais peut-être ne sont-ce que des galactocèles modifiés.

Les kystes hydatiques n'ont rien qui les distingue des hydatides des autres régions : ils refoulent autour d'eux le tissu mammaire par leur paroi de nature spéciale, que distend de la sérosité limpide non albumineuse contenant les crochets des hydatides.

Il est d'autres tumeurs kystiques qu'on voit nombreuses, tantôt disséminées sur une même glande dont les acini paraissent dilatés, distendus, tantôt généralisées aux deux mamelles en même temps. Ces tumeurs, en raison de leur bénignité relative, paraissent devoir constituer une variété de kystes simples ; mais, comme l'a fait remarquer Reclus, qui a décrit la maladie polykystique des deux mamelles, la bénignité de ces tumeurs doit être suspectée, et il serait plus sage de les considérer comme une sorte d'épithélioma capable de revêtir une tournure maligne. Nous reviendrons sur ce sujet à propos des tumeurs solides.

À part les kystes hydatiques, accident commun à toutes les régions de l'économie, les kystes de la mamelle ne paraissent être que des dilatactions produites par l'accumulation, dans les voies naturelles, d'un liquide sécrété ou d'un tissu proliféré. Or, si l'on admet que les tumeurs solides sont liées étroitement à un travail de prolifération du côté de la glande, on comprendra comment il est difficile que les culs-de-sac glandulaires qui la composent, et l'épithélium qui tapisse ces culs-de-sac ne se trouvent pas entraînés dans l'activité formative développée à leur

pourtour, et comment les kystes sont si souvent annexés aux tumeurs solides.

Dans l'intimité du tissu de ces dernières il se passe bien des modifications, altérations régressives, épanchement sanguin, transformations muqueuses de l'épithélium proliféré qui peuvent en imposer pour des kystes, mais il suffit d'être averti pour ne pas confondre ces lésions d'un nouveau genre avec les cavités kystiques véritables nées d'un travail tout à fait différent.

Tumeurs solides. — Nous continuons à présenter les faits qui appartiennent à l'anatomie pathologique. Dans un autre chapitre nous traiterons des symptômes propres aux différentes espèces de néoplasies.

Quelles tumeurs peuvent naître dans le tissu conjonctif? Les fibromes et les sarcomes, tous deux dérivés du tissu connectif.

Le *fibrome* est fréquent à la mamelle : il est lent dans son développement, s'accroît sur place sans infiltrer les parties voisines, et s'isole au moyen d'une membrane qui le revêt de toute part. Par un ou plusieurs pédicules il tient à la glande, ce qu'explique bien son développement initial dans le tissu qui tapisse les culs-de-sac glandulaires.

Inutile d'insister ici sur la disposition des travées qui composent cette tumeur, sur sa consistance dure, sa coloration nacréée. C'est la structure vulgaire de toute tumeur fibreuse. Cependant il est nécessaire de faire remarquer que dans le fibrome du sein se trouvent des lacunes plus ou moins ramifiées, paraissant encombrées par des végétations, des bourgeons et qui ne sont autres que les éléments de la glande, étirés, déformés par l'accroissement du fibrome. Celui-ci peut en effet imprimer aux culs-de-sac, aux canalicules des changements de forme, des altérations qui varient depuis la dilatation jusqu'à la compression et l'oblitération complète. Ainsi se trouve expliquée la présence de kystes, de vrais kystes par rétention, dont la formation sera d'autant plus rapide que l'élément glandulaire participe nécessairement à l'activité développée autour de lui.

Mais la tumeur fibreuse n'a pas toujours cette *forme circonscrite* que nous venons de décrire, on connaît encore le *fibrome diffus*, véritable hypertrophie mammaire telle qu'on la voit dans des cas exceptionnels, vraie forme d'éléphantiasis; on la rencontre plus fréquemment chez certaines femmes réputées, à juste titre, mauvaises nourrices, dont les mamelles volumineuses sont remplies de nodosités fibreuses au milieu desquelles la glande, l'acinus, n'a qu'une bien petite place.

On peut donc considérer le fibrome diffus, dans son plus léger degré, comme une hypertrophie légère, et dans son degré le plus accentué, comme une hypertrophie considérable qui n'a plus rien de commun avec la disposition régulière de la région et qui réclame alors une intervention chirurgicale. Ces deux degrés ont pour caractère anatomopathologique le développement du tissu connectif aux dépens de

la graisse et de la glande mammaire, toutes les deux étouffées, amoindries par cet excès de prolifération qu'on a justement comparé à la cirrhose parce qu'il peut comme elle, après un certain temps, aboutir à l'atrophie.

Le fibrome diffus naît souvent, on le comprend, sous l'influence de ces poussées de mammite interstitielle dont nous avons parlé, et il peut arriver ainsi qu'après une série de transformations par lesquelles cette inflammation disparaît, il ne reste plus de l'hypertrophie totale que quelques noyaux isolés, vrais fibromes, disséminés dans l'épaisseur du tissu.

Le *sarcome* a bien des caractères communs avec le fibrome. Comme lui il marche lentement, refoule les tissus, s'isole au milieu d'eux, dans sa membrane de revêtement. Mais ces caractères ne sont pas indéfinis dans leur durée et varient au moment où l'envahissement se manifeste, où la marche s'accroît, où l'ulcération se produit. Nous sommes alors en pleine malignité s'affirmant enfin par les hémorragies, les propagations centrales, la cachexie, la mort rapide.

Dans le tissu morbide on découvre des cellules arrondies groupées en masse sans intersection, sans cloisonnement, telles qu'on les trouve dans le cancer, dans le carcinome, ou bien des cellules allongées fusiformes, c'est-à-dire les deux types du sarcome : globo-cellulaire ou embryonnaire et fuso-cellulaire ou fibro-plastique. La dernière forme est de beaucoup la plus fréquente dans la mamelle.

Les culs-de-sac glandulaires enfermés dans la masse sarcomateuse subissent l'influence de son voisinage. Leur épithélium prolifère, et soit qu'il desquame en masse, soit qu'il se stratifie par couches de plus en plus fermes, il encombre la cavité de ses produits cellulaires graisseux, altérés. La paroi se laisse elle-même pénétrer bientôt par le sarcome qui pousse vers l'épithélium et dans la cavité glandulaire des végétations, des bourgeons (endo-canaliculaires).

La marche du sarcome, on le voit, est donc très comparable à celle du fibrome.

Le bourgeonnement endo-canaliculaire doit être fréquemment l'origine de dilatations kystiques plus ou moins considérables.

A mesure que la tumeur pénètre les culs-de-sac glandulaires, les canaux galactophores qu'elle peut encore comprimer et sur lesquels elle détermine de véritables rétentions, l'épithélium prolifère, refoule les tissus voisins et les envahit de proche en proche, régulièrement; à mesure enfin que le néoplasme s'étend et acquiert un volume quelquefois considérable, il se fait dans son centre des modifications de son ancien tissu. Celui-ci dégénère, les cellules qui le composent subissent la transformation graisseuse, muqueuse, et des lacunes, des cavités se forment. D'autre part les vaisseaux, les veinules, dont les parois ont été infiltrées par les cellules sarcomateuses, s'ouvrent et laissent souvent échapper du sang qui s'accumule en formant des hémorragies intersti-

tielles, des foyers qui subissent ultérieurement toutes les transformations du sang épanché.

Très rarement les ganglions sont pris; si des noyaux de sarcome apparaissent au loin dans d'autres organes, dans d'autres tissus, c'est la voie veineuse qui a servi d'intermédiaire entre eux et la tumeur.

Le vrai caractère anatomique du sarcome est de ne présenter jamais des zones fibreuses ou graisseuses encore respectées par l'infiltration.

Celle-ci se fait de proche en proche, ne laissant rien derrière elle, contrairement au processus du carcinome qui pousse dans les parties voisines des tentacules et forme en définitive une masse irrégulière, rétractée, cloisonnée par des trabécules et des zones graisseuses, lentement étouffées à mesure que le néoplasme fait des progrès.

L'épithélioma du sein est une autre variété de tumeur dans laquelle le centre même des lobules glandulaires est le point de départ de la maladie. L'épithélium prolifère et tend à franchir les limites établies autour de lui par la paroi des acini. Or, trois cas peuvent se présenter considérés par les histologistes actuels (Malassez, Coÿne) comme des degrés successifs de la même affection.

Tout d'abord il ne s'agit que de dilatations des lobules dans lesquels les acini de la glande sont seulement augmentés de volume et revêtus d'une couche interne épithéliale de tout point analogue à celle qu'on rencontre dans les acini normaux. On ne sait encore exactement si ces parties dilatées, dans lesquelles on voit un liquide plus ou moins abondant et quelquefois des petits bourgeons épithéliaux tenant à la paroi, appartiennent à la glande mammaire actuelle ou sont des produits de formation nouvelle; mais les analogies établies et fort saisissantes qui existent entre ce premier degré et les suivants permettent de penser qu'il s'agit bien d'une prolifération développée sur les acini anciens.

Ces dilatations kystiques sont multiples et, bien que de petit volume, donnent à la surface qu'elles occupent, en formant de petites tumeurs mobiles et arrondies, un aspect criblé en forme de ruche qu'une section transversale démontre d'une façon très nette. Retenons que l'épithélium est normal. C'est l'épithélioma typique.

Au second degré, la tumeur est plus volumineuse, plus bosselée, irrégulière, plus dure, et cependant il n'est rien encore qui ne soit à peu près la reproduction du cas précédent. Les lobules dont la paroi est encore intacte sont seulement plus dilatés, et l'épithélium qui les remplit s'écarte désormais de la disposition et de la forme de l'épithélium normal. Au centre, en effet, on voit des cellules dégénérées, graisseuses, déformées, irrégulières, et seules les couches excentriques se rapprochent du revêtement normal des acini glandulaires. Ça et là quelques dilatations kystiques qui témoignent d'un travail moins avancé ou de compressions subies par les acini voisins; ce deuxième degré représente l'épithélioma atypique ou métatypique).

Quand on examine des préparations bien faites recueillies sur des tumeurs malignes du sein, on saisit assez souvent la transition nette entre les diverses périodes de l'épithélioma mammaire, et l'on n'a aucune peine d'admettre la théorie proposée qui considère le carcinome du sein comme le dérivé direct de l'épithélioma. Plusieurs fois, dans le laboratoire de notre excellent ami P. Coÿne, nous avons vérifié ces transitions et constaté notamment l'envahissement de la voie lymphatique par l'épithélioma proliféré dans les culs-de-sac.

Le second degré s'offrirait déjà comme une exagération du premier avec sécrétion épithéliale considérable et modification profonde des cellules les plus anciennes. Un seul fait indique le passage du deuxième au troisième degré : la perforation, l'usure des parois acineuses. Celles-ci ont été infiltrées par les cellules et ont bientôt cédé pour laisser se déverser au dehors la masse accumulée dans les lobules. On voit alors la gaine lymphatique périlobulaire, libre dans la plus grande partie de son étendue, remplie de cellules dans le point correspondant à la perforation, et l'on comprend que ce fait seul établit désormais le caractère de la malignité, puisque des éléments épithéliaux dont la prolifération est si active ont pénétré dans les voies lymphatiques.

Cette barrière franchie, on est en présence de l'épithélioma diffus, du carcinome qui va s'affirmer par un envahissement rapide des tissus voisins.

Cette troisième forme de l'épithélioma nous est suffisamment indiquée par les détails contenus dans le chapitre général des tumeurs : alvéoles remplies de cellules de différents âges et de formes variées, à gros noyau, rappelant la cellule cancéreuse de Lebert, cloisonnement de ces alvéoles formées par des travées conjonctives épaissies par une active prolifération qui a porté ses effets sur le tissu conjonctif de la région, alvéoles de formes diverses, plus ou moins arrondies, quelquefois cylindriques ou anastomosées en réseau. Tel est l'aspect que présente à la coupe cette tumeur essentiellement maligne, dans laquelle le tissu morbide s'étend par de nombreuses ramifications qui, de distance en distance, laissent au milieu d'elles du tissu sain, de la graisse, quelquefois des dilatations kystiques. Les vaisseaux sanguins sont multipliés, quelques-uns embryonnaires, les vaisseaux lymphatiques ouverts sont remplis de cellules.

La marche du carcinome est nécessairement envahissante, et à mesure qu'il fait des progrès, le tissu conjonctif épaissi subit un travail de rétraction qui lui fait pour ainsi dire attirer vers le néoplasme les tissus sains : de là viennent la rétraction du mamelon, les adhérences précoces de la peau dont la surface présente cet aspect peau d'orange si bien connu. De là encore l'adhérence rapide de la tumeur aux aponévroses, aux muscles, aux os de la paroi thoracique. Quant aux intumescences ganglionnaires, nous nous sommes déjà expliqués sur elles.

Nous venons de voir le rôle important que jouaient les travées fibreuses dans l'anatomie pathologique et la marche du carcinome, de l'épithélioma diffus. Suivant que cette charpente fibreuse est plus ou moins riche, l'affection prend des formes spéciales; nous voulons parler du squirrhe dur à évolution lente à cause de ses nombreuses travées fibreuses qui quelquefois étouffent l'élément cellulaire en produisant la forme atrophique; de l'encéphaloïde à généralisation rapide, mou, presque fluctuant, dans lequel la trame conjonctive est pour ainsi dire secondaire; enfin du cancer colloïde, comparable par ses caractères physiques à l'encéphaloïde et caractérisé par la dégénérescence muqueuse, colloïde des éléments épithéliaux.

Il nous reste maintenant à envisager les tumeurs du sein vis-à-vis des modifications imprimées à leur tissu dans le cours de leur développement. La description précédente a déjà envisagé les cas nombreux dans lesquels des kystes par rétention ou prolifération épithéliale viennent s'ajouter aux tumeurs d'apparence bénigne. C'est le cas du fibrome et du carcinome. Le fibrome est une tumeur qui ne récidive pas et ne se généralise pas, mais les auteurs actuels sont loin de le considérer comme absolument à l'abri de transformations malignes qu'il devrait soit à la prolifération épithéliale, soit à la genèse de tissu sarcomateux dérivé du tissu conjonctif.

Le sarcome ne se généralise pas aussi vite que le carcinome et il n'envahit que peu ou tardivement les ganglions. N'est-il pas possible d'admettre que lorsqu'il se répand vite du côté des lymphatiques, il s'est produit sur les culs-de-sac glandulaires quelque chose d'analogue à ce qu'on voit dans l'épithélioma?

Fibrome et sarcome issus à peu près du même processus, c'est-à-dire du tissu conjonctif, peuvent présenter encore d'autres traits de ressemblance qu'ils doivent aux modifications subies par ce même tissu conjonctif.

C'est ainsi que le mixome lui est fréquemment associé et forme des tumeurs mixtes: fibro-mixomes, sarco-mixomes bien plus fréquents que les mixomes purs dont l'aspect gélatiniforme, l'infiltration générale de la mamelle distendue quelquefois jusqu'à la perforation de la peau sont les principaux caractères.

Enfin, pas plus que le mixome, le chondrome n'est une tumeur fréquente dans la mamelle; l'élément cartilagineux se trouve simplement annexé aux diverses variétés de néoplasme du sein pour affirmer une fois de plus que les tumeurs mixtes sont très fréquentes.

B. — Étude clinique des tumeurs du sein.

Les réflexions qui précèdent sur l'anatomie pathologique des tumeurs du sein établissent l'existence de tumeurs solides et de tumeurs

liquides, celles-ci pouvant être isolées ou associées à des productions solides, bénignes ou malignes.

Tumeurs liquides. — A part les kystes hydatiques qui se rencontrent rarement dans la mamelle et présentent des caractères anatomiques identiques, quelles que soient les régions sur lesquelles ils se sont développés, toutes les tumeurs liquides du sein sont liées à un travail morbide intra-canaliculaire qui a produit l'obstruction de ces voies, soit que l'épithélium ait proliféré, soit que les parois elles-mêmes aient subi des compressions ou des atrésies véritables.

Nous ne nous occuperons que des kystes appartenant à cette dernière catégorie, laissant, nous le répétons, de côté les hydatides dont l'histoire est bien connue et dont le diagnostic du reste est entouré, dans la mamelle, des mêmes incertitudes que toutes les autres tumeurs liquides.

Nous ne traiterons pas davantage la question des kystes surajoutés à des néoplasmes solides, et notre description se limitera à l'étude des affections liquides de la mamelle qui se présentent avec toutes les apparences de kystes simples.

Il en existe deux variétés: les *galactocèles* et la *maladie kystique*.

Le *galactocèle* est rare et forme le plus souvent une tumeur isolée dont le volume est essentiellement variable. On le voit chez des femmes arrivées au terme de l'allaitement, surtout quand elles ont présenté des inflammations du sein. Bien plus rarement il se montre à un âge plus avancé ou pendant la grossesse.

Ses caractères, ce volume mis à part, sont l'indolence, l'aspect lisse et arrondi, la fluctuation, l'absence de troubles fonctionnels, car la sécrétion du lait se continue sans difficulté et l'allaitement est encore régulier et sans souffrance.

Peu justiciable d'une incision simple, d'une ponction simple à plus forte raison, le galactocèle contient un liquide floconneux, louche, dans lequel on reconnaît les éléments du lait, qu'on se serve du microscope ou des réactifs qui font découvrir les matières butyreuses et sucrées; la cavité est limitée par une paroi plus ou moins épaisse à revêtement épithélial sur laquelle des pertuis rappellent les acini voisins ou les conduits galactophores plus petits.

La *maladie kystique de la mamelle* a une physionomie bien différente du kyste simple que nous venons de décrire. Son nom même indique une tendance de la région à produire un ensemble de dilatations kystiques qui nécessairement doivent, au point de vue anatomo-pathologique, lui donner une forme tout à fait spéciale. Il est même à remarquer que, simultanément ou l'une après l'autre, les deux mamelles sont atteintes par cette fâcheuse disposition.

Une glande mammaire disséquée en pleine évolution kystique se présente avec les caractères suivants. Dans sa profondeur, à sa surface

elle est parsemée de kystes de différents volumes, les uns sont à peine visibles, d'autres comparables à des grains de millet, quelques-uns gros comme des noyaux de cerise ou davantage, et le plus souvent au milieu d'eux une des cavités a atteint des dimensions déjà considérables qui, pendant la vie, avait fixé l'attention et préoccupé, seule, la malade ou le chirurgien.

Il y a deux ans nous avons eu l'occasion d'enlever un sein kystique chez une femme de cinquante ans. Au centre de la glande une poche contenant environ soixante grammes de liquide verdâtre avait refoulé autour d'elle le tissu glandulaire, et celui-ci dans toute son étendue était parsemé de petits kystes d'une coloration foncée qui ne dépassaient pas la grosseur d'une tête d'épingle. La récurrence n'a point eu lieu, il n'existait aucun engorgement ganglionnaire dans l'aisselle, l'autre sein était absolument indemne.

La maladie kystique se présente en effet avec tous les dehors d'une tumeur bénigne, en ce sens qu'elle reste longtemps à l'état stationnaire, qu'elle bénéficie d'une opération radicale. Mais, d'après Reclus, son développement ordinaire dans les deux seins à la fois est un trait qui la distingue, il permet souvent de la reconnaître.

Comme les autres tumeurs elle apparaît à l'âge du complet développement, de la pleine activité de la glande.

On ne sait encore d'une façon certaine quel processus préside à son apparition, mais on s'accorde à lui reconnaître une origine moins bénigne que les apparences seules ne semblent l'indiquer. Malassez et Cornil en font un épithélioma kystique, opinion que quelques cas de propagation rapide en dehors des acini semblent justifier.

Le diagnostic des kystes du sein est entouré de difficultés. La mobilité de la région, la situation profonde des tumeurs dans de nombreux cas, et la sensation spéciale que donnent aux doigts les lobules glandulaires répandus à la surface, ne permettent que bien rarement de constater la rénitence et la fluctuation seules capables de fournir des éléments de certitude. Aussi l'expérience la plus consommée est-elle exposée à commettre des erreurs, et telle opération entreprise dans le but d'extirper une tumeur solide préjugée maligne, rencontre-t-elle un ou plusieurs kystes simples sans induration du tissu glandulaire.

Il en est ainsi pour la maladie kystique, le galactocèle, les kystes hydatiques. Nous avons été témoin de deux opérations qui se terminèrent rapidement, immédiatement après l'incision de la peau et des couches superficielles du tissu graisseux par l'issue d'une vaste poche hydatique. Dans deux autres circonstances nous avons nous-même, croyant à des tumeurs malignes, enlevé la masse du sein, tandis qu'il ne s'agissait dans un cas que d'une affection kystique, dans l'autre d'un kyste volumineux isolé probablement de même nature que les productions de l'affection kystique.

A part les cas où la collection est superficielle et peut être facilement explorée, le diagnostic reste donc incertain, il ne saurait trouver des caractères précieux que dans la marche indolente ou dans le développement simultané de tumeurs d'apparence bénigne, dans les deux mamelles, comme cela se voit dans la maladie de Reclus. La ponction exploratrice seule peut lever tous les doutes, mais la plupart du temps l'erreur est si complète, qu'on n'a même pas songé à la pratiquer.

A ces considérations générales dont aucun clinicien ne peut méconnaître la vérité, il convient cependant d'ajouter que l'erreur commise n'est en rien préjudiciable à l'avenir de la malade. L'extirpation radicale des kystes du sein est en effet préférable aux opérations limitées, qui s'exposeraient à laisser derrière elles d'autres cavités kystiques susceptibles d'évoluer plus tard. Bien plus l'origine des kystes du sein est trop suspecte pour que les interventions parcimonieuses soient ici les meilleures, et l'on doit toujours avoir présentes à l'esprit les opinions d'auteurs compétents, qui assignent à ces tumeurs une origine probable dans la prolifération épithéliale.

Tumeurs solides. — L'anatomie pathologique des tumeurs du sein établit qu'il en est de primitivement malignes, c'est-à-dire fatalement destinées à se reproduire quand on les enlève et finalement à déterminer, par propagation sur les voies lymphatiques, une généralisation mortelle. Elle nous fait connaître par contre d'autres néoplasmes qui méritent la dénomination de tumeurs bénignes, parce qu'ils ne sont pas susceptibles de se généraliser et ne constituent jamais que des maladies locales qu'une opération bien faite peut désormais éteindre sur place. Enfin elle nous montre encore d'autres productions intermédiaires dont l'évolution longtemps bénigne peut, à un moment donné, revêtir des caractères graves et qui, promptes à se reproduire quand on les enlève, se généralisent encore par un envahissement du tissu veineux.

Il existe donc trois classes de tumeurs : les carcinomes, les fibromes et les sarcomes.

Carcinomes. — Le carcinome est le vrai cancer, celui que Lebert décrivait comme formé d'éléments spéciaux dont l'analogue ne se trouvait pas dans l'économie. Aujourd'hui on sait quel est le point de départ du cancer et comment d'une prolifération épithéliale, il arrive, après avoir constitué ce qu'on appelle l'épithélioma intra-canaliculaire, à former le carcinome vrai, la tumeur maligne par excellence.

Nous ne ferons point ici de l'épithélioma mammaire une description à part, l'épithélioma n'étant après tout que la période initiale à laquelle succède l'infiltration de tissu voisin par les cellules épithéliales qui ont perforé, ouvert les parois acineuses.

La résistance prolongée des parois glandulaires distendues par la prolifération cellulaire est la seule circonstance qui, dans quelques cas, permet de porter le diagnostic d'épithélioma.