

adéno-sarcomes, par exemple. Les sarcomes du sein sont assez fréquemment creusés de cavités ou kystes (cysto-sarcomes), qui expliquent la rapidité extrême de développement de certaines de ces tumeurs, dont le poids peut atteindre plusieurs kilogrammes en quelques mois. Ces énormes tumeurs du sein sont généralement mobiles sur le grand pectoral, et, par conséquent, d'une ablation facile. La meilleure méthode à employer consiste à cerner la tumeur par deux incisions, en calculant d'avance la quantité de peau nécessaire pour recouvrir la vaste plaie qui résulte de l'opération, et en commençant par l'incision inférieure, puis à faire *basculer* la tumeur de haut en bas : l'opération est très rapide et presque toujours couronnée de succès.

Les cysto-sarcomes ne s'accompagnent que tardivement de l'engorgement des ganglions de l'aisselle, circonstance d'autant plus favorable pour l'opération. D'après MM. Labbé et Coyne, cet engorgement n'aurait même jamais lieu dans le sarcome, grâce à l'existence d'une capsule fibreuse d'enveloppe qui protège les parties voisines contre l'envahissement.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter la question si difficile des indications et contre-indications de l'ablation des tumeurs du sein. La règle la plus générale que l'on puisse, à mon avis, formuler à cet égard, est celle-ci : l'ablation d'une tumeur du sein est indiquée lorsqu'on peut enlever toutes les parties malades (peau, glande et ganglions). De ce que la récurrence est probable, ce n'est pas une raison pour refuser à une malade le bénéfice de l'opération, car cette récurrence peut se faire attendre plusieurs années, surtout si l'opération a été complète.

Il est cependant certains cancers, dits *atrophiques*, qui, survenant chez des personnes très âgées, persistent pendant un certain nombre d'années sans augmenter de volume et sans occasionner de gêne appréciable. Je suis d'avis de n'y pas toucher.

J'en dirai autant d'une variété de cancer à marche rapide, qui envahit à la fois tous les éléments de la région et qui mérite le nom de *cancer diffus*. La récurrence survient souvent avant même que la plaie soit cicatrisée, et j'estime qu'une opération pratiquée dans ces conditions est beaucoup plus nuisible qu'utile à la malade.

Le parenchyme glandulaire est parfois le point de départ d'une inflammation, qui se termine par un abcès dont la gravité est plus grande que celle de l'abcès sous-cutané. Le pus suit les cloisons cellulo-graisseuses qui séparent les différents lobes de la mamelle et vient ensuite former sous la peau un second foyer. Il existe donc alors un foyer intra-glandulaire et un foyer sous-cutané, réunis l'un à l'autre par un trajet étroit plus ou moins sinueux : d'où le nom d'*abcès en bouton de chemise*, donné par Velpeau à cette variété. On conçoit aisément pourquoi, dans ces cas, la guérison ne s'obtient pas avec l'incision du foyer externe seul, et comment s'établissent les fistules du sein.

La glande mammaire est composée d'un certain nombre de lobes indépendants, dont les lobules aboutissent à un *conduit galactophore*. Ces conduits, au nombre de dix à quinze, se dirigent tous vers le mamelon pour s'ouvrir à son sommet entre les papilles et les glandes sébacées dont j'ai signalé plus haut la présence. Avant de pénétrer dans le mamelon, chaque conduit se dilate en manière de fuseau et forme une ampoule large de 5 à 6 millimètres. L'ensemble de ces ampoules constitue pour le lait un véritable réservoir.