

gions axillaires soient pris, le plus souvent, se développer des tumeurs secondaires dans les viscères et surtout dans les os.

Mais ces sarcomes infectants sont heureusement assez rares. Le plus souvent les gros sarcomes de la mamelle, les fibro-sarcomes kystiques en particulier, ne présentent pas une gravité pareille.

Par suite de leur développement excessif, ils distendent à l'excès la peau sur quelque point, l'amincissent et finissent par amener la gangrène. A travers la perte de substance, dont les bords décollés ne font nullement corps avec la tumeur, sortent de gros bourgeons, qui saignent facilement et entre lesquels se voient souvent de larges lacunes. En pressant sur la tumeur, on fait sourdre dans ce cas, par la plaie, un liquide séreux abondant qui vient du fond des lacunes, dont l'extrémité se trouve ainsi mise à jour.

Le pronostic de ces tumeurs oblige à quelques réserves, comme on peut le conclure de ce qui précède.

Il n'y a pas d'autre traitement que l'ablation totale de la mamelle. Les récidives seront à craindre dans les formes globo-cellulaires du sarcome.

CHAPITRE IV

TUMEURS DU SEIN CHEZ L'HOMME

L'état rudimentaire de la glande mammaire chez l'homme rend facilement compte de la rareté relative des tumeurs du sein dans le sexe masculin. — Cependant, on a retrouvé là toutes les variétés observées chez la femme ou presque toutes. Les caractères de ces tumeurs sont peu différents dans les deux sexes. Nous devons donc nous borner à quelques observations sommaires.

Un certain nombre de travaux ont été publiés sur ce sujet; parmi les plus importants, nous citerons: la thèse de concours d'Horteloup, 1862, la thèse de Chenet, 1876, et celle plus récente de Poirier, 1883, à laquelle nous emprunterons la plupart des renseignements qui suivent.

Avant d'aborder l'étude des tumeurs, une courte mention doit être consacrée à l'*hypertrophie*, au développement exagéré de la glande mammaire chez l'homme, affection encore désignée sous le nom de

gynécomastie. — Le sein hypertrophié offre le plus souvent le volume et l'aspect du sein de la jeune fille; tantôt cette hypertrophie est simplement due au développement de la graisse mammaire (J. Cloquet), tantôt il y a sans doute hypertrophie glandulaire, car on observe une véritable sécrétion lactée. La gynécomastie est d'ailleurs congénitale ou acquise; elle est encore unilatérale ou bilatérale.

Le point le plus intéressant de son histoire réside dans sa coïncidence avec l'atrophie d'un ou des deux testicules, avec la castration (Gaillet, de Reims) ou certaines orchites de l'adolescence (Lereboullet), surtout les orchites ourliennes; dans ce cas, la gynécomastie s'accompagne de l'ensemble symptomatique qu'on désigne sous le nom de *féménisme*.

Les tumeurs du sein chez l'homme sont *bénignes* ou *malignes*. Les tumeurs *bénignes* sont rares et mal connues, surtout les adénomes et les fibromes; on a observé un certain nombre de *kystes*, les uns séreux, les autres laiteux (Velpeau), d'autres encore peuvent être dermoïdes ou sébacés.

Les tumeurs *malignes* sont de beaucoup les plus fréquentes, et Poirier, dans sa thèse, rapporte plusieurs cas anatomiquement bien décrits de *sarcomes* nucléaire, fuso-cellulaire, encéphaloïde. Le même travail renferme quatre observations assez diverses, décrites sous le nom d'*épithélioma*, cancer limité à marche lente et peu envahissante; l'*épithélioma lobulé, tubulé* et même *pavimenteux* auraient été observés; presque tous les cancers sont des *squirrhes*, quelques-uns des *encéphaloïdes*.

Le *cancer squirrheux* est donc le type du cancer du sein chez l'homme; on l'observe principalement de quarante-cinq à soixante-cinq ans. L'affection débute le plus souvent par une petite induration qui peut rester presque stationnaire pendant plusieurs mois, plusieurs années, mais qui, à un moment donné, prend un accroissement notable, devient douloureuse, s'accompagne d'engorgement ganglionnaire, finit même par s'ulcérer en présentant tous les caractères de la tumeur et de l'ulcération du cancer squirrheux chez la femme.

Poirier a relevé une centaine de cas de cancer du sein chez l'homme; sur ce nombre, plus de soixante appartiennent au squirrhe; une dizaine de fois, la généralisation s'est produite; on connaît cinq cas probables d'encéphaloïdes, trois de carcinome mélanique, etc.

Quant aux formes du squirrhe, la forme atrophique est la plus fréquente; on a cependant observé la forme globuleuse, le squirrhe disséminé ou pustuleux, le squirrhe en cuirasse (Horteloup).

Le sein gauche paraît être atteint plus fréquemment que le droit: 23 fois sur 57 cas (Poirier).

Le cancer du sein chez l'homme semble donc, d'après ses allures lentes, un peu moins grave que celui de la femme, et il s'ensuit qu'on peut, dans une certaine mesure, espérer d'une extirpation complète des résultats plus durables et plus satisfaisants.

CHAPITRE V

TUBERCULOSE MAMMAIRE

A. Cooper, sous le nom de *tumeur scrofuleuse de la mamelle*, mais surtout Velpeau, dans les remarquables chapitres qu'il a écrits avec les seules données de la clinique sur les abcès froids tuberculeux et les tubercules proprement dits, avaient bien indiqué la nature et esquissé l'histoire de la tuberculose mammaire. Des faits du même genre avaient été cités depuis par quelques auteurs; mais ces notions n'étaient pas appuyées sur des examens anatomiques, et Virchow, Cornil et Ranvier, dans leurs premières éditions, pouvaient écrire qu'il n'y avait pas d'exemple de tubercules de la mamelle.

Dubar le premier (Th. inaug., Paris, 1881) a apporté à la tuberculose mammaire le contrôle anatomique de deux faits observés avec soin, d'où il a pu déduire deux des formes principales de la maladie; mais, influencé par l'incertitude qui régnait encore sur le tubercule histologique élémentaire, sur les relations de la tuberculose et de la scrofule, Dubar a voulu se tenir sur le terrain solide des faits observés; il rejette donc du cadre de la tuberculose les abcès froids de la mamelle. Les notions que nous possédons aujourd'hui sur la nature des abcès froids nous font un devoir d'élargir le cadre primitif, et d'y faire rentrer, comme une troisième forme, l'abcès froid de la mamelle. Depuis la thèse de Dubar, une série de travaux se sont succédé dus à Ohnacker, Orthmann, Habermaas, Piskacek, Bisnaud et Iabrazès, etc.

Étiologie. — Même envisagée ainsi, la tuberculose mammaire est rare; on la rencontre surtout sur des femmes jeunes, âgées de vingt à vingt-six ans, et les auteurs font cette remarque qu'elle est peu influencée dans sa marche par la menstruation, la grossesse, la lactation; c'est cependant au moment de la grossesse que se développe le plus souvent l'abcès froid de la mamelle (Velpeau). Si l'on s'en rapportait aux observations publiées, la tuberculose mammaire se présenterait assez fréquemment comme première manifestation de la diathèse tuberculeuse, toujours d'ailleurs chez les femmes délicates, à antécédents strumeux; de nouveaux faits sont nécessaires pour appuyer cette notion. Il n'en existe que deux cas chez l'homme.

Anatomie pathologique. — Il existe deux formes anatomiques et cliniques de la tuberculose mammaire :

1° Les tubercules isolés, disséminés;

2° Les tubercules confluents.

1° *Tubercules disséminés.* — Dépôts de matières tuberculeuses dans le parenchyme mammaire, subissant lentement la dégénérescence caséuse qui leur donne à la coupe l'aspect jaunâtre de la *châtaigne cuite*, entourés d'une induration périphérique variable, absence de fistules mammaires, augmentation peu considérable du volume de la glande, tels sont, d'après Dubar, les caractères anatomiques de cette forme observée par Velpeau, Johannet, Billroth. Ajoutons-y un important caractère également commun à la seconde forme, je veux parler de la coexistence fréquente d'une *adénopathie similaire* dans les ganglions axillaires et parfois même jusque dans les ganglions cervicaux.

2° *Tubercules confluents.* — Dans les deux observations de Dubar et Quénu, le sein était doublé de volume, mais le gonflement se trouvait inégalement réparti. — La glande tout entière, immobilisée et indurée, présente de larges bosselures confondues par leur base, tandis qu'à sa surface s'ouvrent un ou plusieurs orifices fistuleux décollés, atones ou violacés. — L'ensemble de ces lésions établit donc entre cette forme de tuberculose mammaire et le tubercule du testicule une analogie remarquable qui doit être signalée.

A la coupe, les lésions sont plus caractéristiques encore; la tuméfaction est occupée par des cavités irrégulières, anfractueuses, arrondies, communiquant presque toujours les unes avec les autres, s'ouvrant au dehors par les trajets fistuleux indiqués plus haut; en un

mot, il y a là de véritables *cavernes tuberculeuses* ou abcès froids, tapissés par une membrane molle, tomenteuse, d'aspect grisâtre, recouverte par places de masses, caséuses non encore éliminées. Enfin, tout autour, le tissu glandulaire est induré, blanchâtre, sclérosé dans une étendue assez considérable; on y trouve des nodules en voie d'évolution. On conçoit facilement que de telles altérations s'accompagnent rapidement d'engorgement des ganglions axillaires.

L'examen microscopique démontre la nature tuberculeuse de ces lésions. Les granulations élémentaires se développent primitivement dans le tissu fibreux interlobulaire et dans la coque fibreuse du lobule; de là elles envahissent rapidement des culs-de-sac, qu'elles détruisent, oblitérant les capillaires sanguins et pénétrant dans les lacunes lymphatiques décrites à la périphérie du lobule. Ultérieurement, les granulations subissent en leur centre une dégénérescence qui aboutit à la formation de pseudo-pus tuberculeux et de véritables abcès froids par agrandissement progressif des cavités primitivement formées.

Les bacilles sont quelquefois très nombreux. Les inoculations ont été positives. Il est probable qu'ils arrivent à la glande par les lymphatiques dans les cas où les ganglions sont pris avant la mamelle et où il existe entre les tumeurs ganglionnaire et mammaire un cordon induré, produit probable d'une lymphangite récurrente. Dans la majorité des cas, l'infection se fait soit par les conduits galactophores, soit par les vaisseaux sanguins, sans qu'il soit facile de se prononcer entre ces deux hypothèses. Enfin, on a même vu quelquefois des tubercules nés des côtes ou du poumon perforer la paroi thoracique et développer un abcès froid dans la glande mammaire; ce sont là des faits rares, pour ne pas dire exceptionnels.

Symptômes et diagnostic. — 1^{re} forme. Les *tubercules isolés* ne sont pas toujours d'un diagnostic facile; on les reconnaît aux caractères cliniques suivants: pas ou peu de tuméfaction de la glande, pas d'adhérences de la peau, ni de rétraction du mamelon, mobilité de la glande sur les parties profondes. La palpation révèle l'existence d'une ou plusieurs noyaux isolés, disséminés, siégeant parfois dans les lobules éloignés du centre de la glande, noyaux mal distincts des tissus voisins, d'une consistance ferme, d'un volume variant de la grosseur d'une amande à celle d'une noix. — Leur marche est lente; ils pourraient rester longtemps stationnaires; leur évolution est

encore mal connue; ils s'accompagnent fréquemment, et parfois dès leur début, de caséification des ganglions axillaires correspondants à la région mammaire.

C'est donc principalement avec les petites tumeurs dures, sarcomes, fibromes, que l'affection peut être confondue, et le diagnostic est fort difficile. En s'appuyant sur la marche lente, le volume, les antécédents surtout, on pourra pourtant, dans quelques cas, arriver à les reconnaître. La chose serait plus facile, s'il existait d'autres noyaux dans le même sein ou dans l'autre sein, ainsi que cela a été observé. Le traitement spécifique et la notion des antécédents serviront à distinguer la gomme syphilitique.

2^o La *forme confluyente* est bien autrement bruyante que la précédente, aussi se diagnostique-t-elle plus aisément. Placé en présence d'une femme jeune, à antécédents héréditaires et personnels entachés de tuberculose ou de scrofule, le chirurgien ne saurait méconnaître cette tuméfaction mamelonnée de la glande mammaire, indurée par places, fluctuante en d'autres, s'ouvrant bientôt au dehors par des trajets fistuleux caractéristiques, étroits, souvent multiples, qui donnent issue à des masses caséuses plus ou moins ramollies. — De pareils phénomènes n'évoluent pas sans provoquer habituellement des poussées aiguës fébriles et douloureuses, et sans déterminer l'adénopathie simalaire, qui en constitue un des caractères importants et qui évolue elle-même comme toutes les adénites tuberculeuses; enfin il n'est pas rare de voir se développer, dans le cours de cette affection lente, une autre tuberculose plus rapide, dont la valeur diagnostique devient alors très grande.

La difficulté diagnostique ne peut guère exister qu'au début; car les indurations inflammatoires chroniques de la mamelle qui ressemblent à la tuberculose ne s'accompagnent pas des mêmes engorgements caséux ganglionnaires, des mêmes trajets fistuleux multiples, à orifices pâles et décollés, que nous venons de signaler.

3^o L'*abcès froid de la mamelle* se développe presque toujours insidieusement dans la glande mammaire, à l'époque d'une grossesse et dans des conditions de terrain assez variables. Non seulement on les voit chez les femmes jeunes, pâles, amaigries, mais on les trouve encore parfois, dit Velpeau, chez les femmes encore grasses et bien portantes; mais l'histoire des tuberculoses locales présente à chaque instant des faits curieux du même genre. — Bref, le chirurgien n'est le plus souvent

consulté que lorsque l'abcès est constitué; on trouve alors dans la glande mammaire une collection liquide dont le volume varie d'un œuf de pigeon à un œuf de dinde et quelquefois davantage; la fluctuation y est manifeste, la paroi étant le plus souvent mince; quelquefois cependant cette paroi est plus épaisse, un peu adhérente aux tissus voisins. — La ponction aspiratrice ou l'ouverture au bistouri donnent issue à une quantité variable de pus séreux, mal lié, parfois mélangé d'une certaine quantité de lait, fait sur la nature duquel nous sommes encore mal fixés. — C'est donc avec les tumeurs liquides qu'il faut faire le diagnostic de l'abcès froid; les commémoratifs, les antécédents, l'évolution lente de la maladie, ne sont pas toujours suffisants pour distinguer l'abcès froid du galactocèle ou des kystes de la mamelle, et il est parfois indispensable de recourir à la ponction aspiratrice pour établir le contenu d'une collection fluctuante de la mamelle développée lentement dans les conditions énoncées plus haut. — L'abcès froid reconnu, il faudra s'assurer qu'il n'est pas symptomatique d'une lésion osseuse ou périostique du sternum ou des côtes, ou d'une tuberculisation pulmonaire propagée à la paroi thoracique.

Telles sont les trois formes cliniques bien différentes de la tuberculose mammaire; beaucoup d'incertitude règne encore, comme on le voit, sur leur évolution et sur les liens qui les rattachent; c'est là un problème intéressant qui appelle des recherches nouvelles.

Pronostic. — Comme dans toute tuberculose, il faut tenir grand compte, dans l'établissement du pronostic, de l'état général et du degré d'invasion de l'économie; il est évident qu'une tuberculose localisée à la mamelle, traitée avec soin, peut s'améliorer et que les lésions peuvent rester stationnaires et même rétrograder par un processus de sclérose; mais, au contraire, la poitrine est-elle prise, il y a lieu de craindre la généralisation de l'affection avec sa terminaison fatale; ici comme partout on observe d'ailleurs des différences bien curieuses que l'on ne peut encore expliquer suffisamment.

Traitement. — C'est dans le premier cas surtout, et principalement dans la forme confluente, alors qu'on peut espérer enrayer l'affection par un traitement général énergique, c'est dans ce cas, dis-je, qu'il est indiqué de recourir à l'extirpation de toute la glande malade et en même temps des ganglions axillaires envahis, la suppression de ces foyers d'infection ne pouvant que favoriser l'action des modificateurs généraux largement distribués. Les cas moins graves

se trouvent bien d'un traitement consistant dans le grattage des abcès et des fistules, l'emploi de la teinture d'iode, de l'iodoforme, etc.

CHAPITRE VI

SYPHILIS DE LA MAMELLE

On trouvera dans les traités spéciaux l'histoire et les caractères du chancre de la région mammaire: chancre du pli intermammaire, chancre du mamelon; ces lésions non plus que les ulcérations condylomateuses secondaires ne nous arrêteront pas ici.

Par contre, nous décrivons le syphilome tertiaire de la mamelle, non que cette affection soit fréquente, on n'en connaît qu'un petit nombre de cas certains, mais elle possède une physionomie spéciale, tout à fait intéressante.

L'histoire de ce syphilome est toute récente; elle est bien tracée dans le *Traité de la syphilis*, de Lancereaux. — Observée pour la première fois par Boissier de Sauvages, au siècle dernier, et rapportée sous le nom de cancer vérolique des glandes mammaires, cette affection a été vue depuis par Velpeau, Richet, Maisonneuve, Verneuil, Horteloup; elle a fait en 1874 l'objet de la thèse de Landreau, en 1878 celui de la thèse de Gromo et en 1886 de la thèse de Claude.

Sur 25 cas connus, 3 ont été observés chez l'homme.

Lancereaux décrit deux formes: une première, seule importante, la *mastite circonscrite* ou *gommeuse*; une seconde, *mastite diffuse*, simple induration de la mamelle avec engorgement ganglionnaire, qui, d'après Julien, débiterait dès la fin de la période secondaire, affection mal établie dont la nature a été déduite des bons effets, insuffisamment probants en pareille circonstance, d'un traitement par l'iodure de potassium.

La *gomme de la mamelle* existe au contraire indubitablement; elle se développe tantôt sous la peau, tantôt dans la glande elle-même, d'un seul côté ou des deux; la tumeur mal limitée, mais bien mobile, indolente, grossit d'abord, puis elle envahit les téguments; la peau devient violette ou brune et ne tarde pas à se laisser détruire par le processus ulcératif de la gomme. D'un diagnostic quelquefois délicat au début avec l'abcès du sein, elle doit être dis-

tinguée, lorsqu'elle est ulcérée, du cancer de cet organe, et plus d'une erreur de ce genre a été certainement commise. — Les antécédents, l'examen de la malade (adénopathie cervicale postérieure, céphalées persistantes nocturnes, douleurs ostéocopes, traces d'éruptions syphilitiques antérieures) viendront s'ajouter aux caractères propres à l'ulcération gommeuse. Lorsque la gomme s'ouvre, elle laisse écouler un liquide visqueux, gommeux, brunâtre ou grisâtre, riche en détritits gangréneux; — l'ulcération est formée de bords épais, indurés, taillés à pic, d'une coloration violacée; le fond en est grisâtre, recouvert d'une matière pultacée, pulpeuse, adhérente. — L'évolution de la gomme est rapide en général; elle dure cinq ou six mois au plus. Sa cicatrisation est longue à obtenir; elle laisse une trace blanchâtre au centre, brunâtre à la périphérie.

Le diagnostic établi, on se trouvera bien d'associer à l'iodure de potassium les frictions mercurielles faites avec soin : ce traitement mixte, par son heureux résultat, servant tout à la fois de pierre de touche pour le diagnostic et de moyen précieux pour la guérison.

MALADIES CHIRURGICALES DE L'ABDOMEN

PREMIÈRE PARTIE

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'ABDOMEN

Les grandes dimensions de la région abdominale expliquent la fréquence relative de ses traumatismes. — Pour se rendre compte de leur *gravité*, il suffit de réfléchir un instant à la multiplicité des viscères plus ou moins tapissés par le péritoine et insuffisamment protégés par des parois musculaires relativement minces et molles.

Ces lésions traumatiques peuvent être toutes rangées dans deux chapitres distincts :

- 1° *Contusions de l'abdomen*;
- 2° *Plaies de l'abdomen*.

CONTUSIONS DE L'ABDOMEN

Définition. — Appartient à la contusion, toute lésion traumatique des parois ou des viscères de l'abdomen produite par l'application d'un agent extérieur sans division des téguments.

Comme peut le faire prévoir une définition aussi large, on observe dans la *contusion de l'abdomen* tous les degrés possibles, depuis la simple ecchymose des parois jusqu'à l'attrition des viscères les plus importants.

Étiologie et mécanisme. — Les *agents contondants* sont ceux que nous avons énumérés à propos de la contusion du thorax. On peut rapporter leur mode d'action à l'un des quatre mécanismes suivants :

- 1° Fouettement; 2° choc direct; 3° pression; 4° contre-coup.

Pour n'y plus revenir, nous commencerons par ces dernières. Les lésions par *contre-coup* offrent en effet un caractère spécial; elles