

rieur et reste fistuleux. On peut observer ces fistules chez les femmes qui n'ont jamais eu d'enfants.

Les fistules purulentes succèdent à des abcès ouverts spontanément ou par le bistouri.

IV. — ENGORGEMENT DE LA MAMELLE.

Velpeau a décrit un *engorgement physiologique* qui se montre chez quelques jeunes femmes au commencement de la grossesse et pendant les règles; un *engorgement hypostatique*, qu'on observe chez certaines femmes dont les mamelles sont molles et pendantes; un *engorgement simple*, spécial aux jeunes filles chlorotiques et mal réglées; enfin, un *engorgement symptomatique* succédant à un abcès du sein.

Ce dernier est caractérisé par l'induration du tissu de la mamelle, par suite d'une infiltration plastique entre ses éléments.

Les autres consistent en congestions du sein. Ils disparaissent facilement par la compression ou le soulèvement de la mamelle.

L'engorgement simple des chlorotiques persiste quelquefois pendant un certain temps. L'usage des ferrugineux et des préparations fondantes suffit le plus souvent; dans les cas rebelles, Velpeau conseille d'enfoncer un bistouri au centre de l'engorgement.

CHAPITRE SECOND

LÉSIONS DE NUTRITION DE LA MAMELLE

Nous comprendrons sous ce titre les affections nerveuses de la mamelle et toutes les tumeurs.

Les **affections nerveuses** sont rares; ce sont des névralgies ou de petits névromes.

Les *névralgies* sont atrocement douloureuses, elles exaspèrent les malades. On ne connaît aucun moyen très-efficace à leur opposer; on les traite comme les autres névralgies.

Les *névromes* sont en général petits, uniques ou multiples; ils siègent plus fréquemment sur la partie du bord de la mamelle qui regarde l'aisselle. Ils peuvent affecter les branches perforantes des nerfs intercostaux, ou les filets nerveux propres à la région mammaire qui cheminent dans le tissu cellulaire qui environne la glande.

Leur apparition est ordinairement marquée par une *douleur*, un *élan-cement*; la douleur est réveillée par les mouvements et surtout par la pression qui détermine chez la malade un *soubresaut*, une secousse.

Quant à la tumeur, sa présence n'est pas toujours facile à constater, car elle est, en général, d'un très-petit volume.

Lorsque les névromes sont très-douloureux et peu nombreux, on peut les extirper. M. Ruz a proposé de faire plusieurs incisions sous-cutanées sur le point douloureux. Avant de se décider à une opération, on peut essayer le traitement palliatif suivant, qui a quelquefois donné de bons résultats :

Onctions, matin et soir, sur le point douloureux, avec un liminent ainsi composé :

℞ : Chloroforme. 10 grammes.
Glycérine. 50 grammes.

TUMEURS DU SEIN.

Examen de la malade. — L'élève constatera, par le *regard*, la *forme* et le *volume* du sein, la *coloration* des téguments et leurs diverses altérations. Par le *toucher*, il sentira une masse dont la *consistance* différera de celle du tissu glandulaire voisin : tantôt plus *molle* et *fluctuante*, tantôt plus ou moins *dure*; il examinera avec soin les caractères de la tumeur, tels que *bosselures*, *noyaux multiples*, *points ramollis*, etc.; son *adhérence* ou sa *mobilité* à l'égard des téguments et des parties profondes; il cherchera à déterminer aussi exactement que possible ses limites. Quelquefois, par la *pression*, il fera naître de vives douleurs.

En outre, il faut toujours explorer les ganglions axillaires et comparer le sein malade à celui du côté opposé. On doit aussi interroger avec soin la malade sur le début et la marche de la tumeur, sur les phénomènes généraux qu'elle détermine; tenir compte de l'âge, des antécédents, de l'hérédité.

L'usage voulant que l'on considère comme tumeurs du sein, non-seulement les pseudoplasmes, les kystes, mais encore l'hypertrophie partielle ou totale de la mamelle, et même la dilatation des canaux galactophores par la sécrétion lactée, on doit désigner sous le nom de *tumeur du sein* toute augmentation de volume, partielle ou générale, de la mamelle, pourvu toutefois qu'elle se développe lentement et qu'elle ait une certaine durée. Cette restriction exclut les tuméfactions, phlegmons, abcès, engorgement laiteux.

Les tumeurs de la mamelle sont extrêmement fréquentes; les femmes qui en sont affectées sont, pour la plupart, et avec raison, pleines d'inquiétude. C'est qu'il existe, en effet, des tumeurs du sein d'une extrême gravité, héréditaires, récidivant sur place ou à distance, amenant tôt ou tard la mort des malades : ce sont les *tumeurs malignes ou cancéreuses*, tandis qu'un certain nombre de tumeurs présentent les caractères opposés que nous avons, du reste, assignés aux tumeurs bénignes en général : nous les décrirons sous le nom de *tumeurs bénignes du sein*. C'est par ces dernières que nous commencerons.

§ 1. — Tumeurs bénignes du sein.

Les tumeurs bénignes du sein, susceptibles de guérir sans opération, ne récidivant jamais lorsqu'elles ont été *complètement* enlevées, n'exer-

cant même aucune influence sur l'économie, sont de plusieurs ordres : 1^o les unes sont liquides ou demi-liquides, comme les tumeurs laiteuses et les kystes ; 2^o les autres sont solides. Parmi celles-ci, il y en a qui sont formées par le dépôt de productions morbides spéciales, comme les tumeurs tuberculeuses et calcaires, tandis que les autres sont constituées par l'hypergénèse, l'hyperplasie d'un des éléments normaux de la mamelle, comme les lipomes (tissu graisseux), l'hypertrophie totale de la glande mammaire et les adénomes (tissu glandulaire). Nous les décrirons dans cet ordre.

1^o Tumeurs laiteuses. Galactocèle.

Le galactocèle s'observe pendant la lactation ou peu de temps après le sevrage. Il se montre sous deux formes : ou bien à l'état d'infiltration dans la mamelle, le lait ayant perforé l'un des canaux galactophores pour se répandre dans le tissu de la mamelle (*galactocèle par infiltration*), ou bien à l'état de kyste ; dans ce dernier cas, un conduit galactophore est rétréci ou oblitéré, le lait s'accumule en arrière de l'obstacle et forme une tumeur laiteuse plus ou moins volumineuse, qui comprime les parties voisines de la glande (kystes laiteux).

Le lait ne reste pas toujours liquide ; il arrive qu'il prend la consistance du beurre ou du fromage : d'où les noms de *tumeurs butyreuses* et *caséuses*, qui ont été signalées (galactocèle solide). De véritables concrétions calculeuses peuvent reconnaître une semblable origine.

Les *symptômes* sont peu nombreux : *douleur* peu intense, augmentant quand la malade présente le sein à l'enfant, car les canaux galactophores se trouvent alors distendus ; *fluctuation*, si la tumeur est complètement liquide ; la *peau* est normale.

La *terminaison* du galactocèle est fort variable. Quelquefois, il guérit spontanément ; dans quelques cas, il ulcère la peau, la tumeur se vide, il reste une fistule.

Le *traitement* consiste à tarir la sécrétion du lait et à sevrer l'enfant. Si l'on ne réussit pas à faire disparaître la tumeur par ces moyens, on incise le kyste et on le fait suppurer.

2^o Kystes.

Trois sortes de kystes peuvent se rencontrer dans la mamelle : des kystes sébacés, des kystes séreux et des kystes hydatiques.

a. *Kystes sébacés*. — Ils sont extrêmement rares ; on n'en a publié qu'un cas.

b. *Kystes séreux*. — On les rencontre assez fréquemment. Ils peuvent siéger entre la mamelle et la peau, sous la mamelle et dans l'épaisseur de la glande, entre les lobules. Quelquefois, ils sont formés par les éléments mêmes de la glande, à la suite de la dilatation d'un conduit galactophore ou d'un acinus.

Quant à leur structure et à la nature de leur contenu, ils ont la plus grande analogie avec les kystes de l'ovaire. Ils peuvent être uniloculaires ou multiloculaires. Ces derniers présentent des loges qui ne communiquent point entre elles. La nature de leur contenu les a fait diviser en *séreux*, *séro-sanguins* et *séro-muqueux*.

Ces kystes sont ordinairement de petit volume, mais ils peuvent devenir considérables.

Les *symptômes* sont : *tumeur* de volume très-variable, *lisse*, *arrondie*, *indolore* ; *peau normale*, quelquefois un peu rosée ; *fluctuation*, si le kyste est assez grand et uniloculaire ; *bosselures*, s'il est multiloculaire.

Les *causes* sont inconnues. Faut-il voir dans ces kystes, avec Velpeau, la transformation d'un épanchement sanguin ?

Le *diagnostic* est souvent difficile. La fluctuation est souvent très-obscur, surtout au début, et on pourrait alors confondre un kyste avec une tumeur maligne. Il faut alors tenir compte des symptômes généraux, si caractéristiques dans le cancer, et qui font ordinairement défaut dans les tumeurs kystiques.

Le *traitement médical* ne peut rien contre ces kystes. Le *traitement chirurgical* consiste à extraire les kystes de petit volume, et à traiter par l'injection iodée ceux qui ont acquis des dimensions plus considérables. Les kystes multiloculaires doivent toujours être enlevés.

On n'a plus recours que dans des cas exceptionnels à la *ponction simple*, à l'*incision*, aux *caustiques* et au *séton*.

c. *Kystes hydatiques*. — Ces kystes sont rares. Ils ne diffèrent des précédents que par la présence des hydatides.

3^o Tumeurs tuberculeuses.

Elles sont rares. Ces tumeurs sont formées soit par des *tubercules disséminés* dans l'épaisseur du tissu glandulaire, soit par des *ganglions tuberculeux*. Velpeau décrit aussi des tumeurs *lymphatiques purulentes*. Ces dernières sont formées par un dépôt de matière tuberculeuse déterminant la suppuration de la mamelle. Le plus souvent, ces tumeurs provoquent le développement d'abcès.

4^o Tumeurs calcaires.

Ce sont des concrétions calcaires, qu'on rencontre assez rarement dans la mamelle, et qui se montrent sous forme d'aiguilles, de lames ou de véritables tumeurs. Elles sont d'un diagnostic souvent difficile, et elles peuvent acquérir un volume assez considérable. Si elles sont trop gênantes, on les enlève.

5^o Lipomes.

Les tumeurs graisseuses sont moins fréquentes que les suivantes ; elles ne diffèrent pas des lipomes des autres régions.

6° Hypertrophie totale de la mamelle.

Elle consiste dans l'augmentation de volume de la totalité de la glande. L'hypertrophie porte sur le tissu glandulaire, sur les conduits galactophores, sur le tissu fibreux, sur le tissu adipeux de la glande; elle porte aussi sur les vaisseaux et sur les nerfs. Du reste, les éléments glandulaires ont le même aspect qu'à l'état normal.

Les *symptômes* sont : mamelle *indolore, volumineuse*, pouvant arriver à des dimensions colossales¹. Dans quelques cas, la tumeur est pendante et comme pédiculée; il n'y a ni bosselures ni irrégularités; la peau est normale; l'hypertrophie est régulière.

La *marche* est ordinairement lente. On constate souvent un accroissement subit à l'époque des règles et pendant la grossesse. Le volume de la tumeur amène quelquefois une infiltration de la partie la plus déclive, et l'excoriation de la peau consécutive aux frottements.

L'hypertrophie, dont la *cause* n'est pas connue, est d'un *pronostic* grave, car, outre la difformité qu'elle occasionne, elle détermine des troubles fonctionnels et même la mort par marasme.

Traitement. — On a employé une foule de médications. Les emménagogues et l'iode ont eu le plus de succès. On enlève les tumeurs pédiculées. On a quelquefois extirpé des mamelles hypertrophiées. Dans ces opérations, il faut s'attendre à trouver des vaisseaux volumineux.

7° Adénomes. Tumeurs adénoïdes.

On donne ce nom à des tumeurs, ordinairement petites, mais susceptibles de prendre de l'accroissement, formées par l'*hypertrophie partielle* de la glande mammaire.

Anatomie pathologique. — On ne les a étudiées que depuis Velpeau (1826). Les noms divers sous lesquels ces tumeurs ont été décrites : *noyaux fibro-celluleux* et *tumeurs fibrineuses* (Velpeau), *tumeurs mammaires chroniques* (A. Cooper), *tumeurs fibreuses* (Cruveilhier), prouvent qu'elles étaient peu connues. En 1851, Velpeau les appelle *tumeurs adénoïdes*, et il les considère comme un produit de nouvelle formation. A. Bérard affirmait que ces tumeurs étaient dépendantes de la mamelle. Cette opinion a été confirmée par les recherches micrographiques de MM. Broca, Lebert et Verneuil.

Les tumeurs adénoïdes se montrent sous forme de petites masses, le plus souvent uniques, quelquefois multiples, dont le volume varie entre celui d'une noisette et celui d'un gros œuf; on en a vu de beaucoup plus considérables.

Elles sont plus ou moins arrondies, faciles à énucléer. En se développant, elles écartent les tissus sains, sans les détruire et sans contracter

1. Voir de belles planches dans la thèse de M. Sacasa, 1867.

d'adhérence avec eux. Quelquefois, on a trouvé un petit pédicule rattachant la tumeur à la glande mammaire, ce qui indique, comme on l'admet généralement, que la tumeur n'est autre chose qu'un lobe hypertrophié s'étant détaché insensiblement de la mamelle, et que le pédicule représente un conduit galactophore plus ou moins altéré. Dans quelques cas, l'adénome est rattaché à la glande par une traînée de culs-de-sac glandulaires.

Extérieurement, ces tumeurs présentent l'aspect des tumeurs fibreuses; lorsqu'elles sont moins dures et moins régulières, elles ont l'apparence extérieure des tumeurs malignes; mais elles ne donnent pas de *suc cancéreux*, lactescent, lorsque, après avoir coupé la tumeur, on râcle la surface de la coupe. Du reste, l'examen microscopique va nous démontrer leur véritable nature.

Au point de vue anatomo-pathologique, on doit admettre deux variétés d'adénomes : les *adénomes avec prédominance des culs-de-sac glandulaires*, ce sont les plus fréquents, et les *adénomes avec prédominance du stroma*. Les premiers sont entourés d'une enveloppe celluleuse, facile à détacher; ils sont surtout constitués par une quantité considérable de culs-de-sac glandulaires hypertrophiés, dont la disposition est la même qu'à l'état normal, relativement à la paroi et à l'épithélium (fig. 7). Les culs-de-sac sont bien un peu plus gros que dans la glande normale, mais ils sont surtout plus nombreux; il y a une véritable multiplication de ces éléments glandulaires. Les éléments épithéliaux ont souvent augmenté de volume. Dans la variété d'adénomes avec prédominance du stroma, il semble qu'on ait sous les yeux une tumeur fibreuse; mais le microscope y fait découvrir çà et là, quoique assez rarement, quelques culs-de-sac glandulaires.

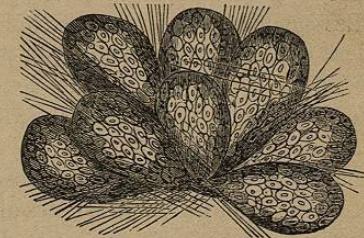


FIG. 7. — Tumeur adénoïde de la mamelle.

Dans les deux variétés, les culs-de-sac peuvent être groupés et former des acini et des lobules; souvent, ils sont indépendants et disséminés sans régularité au milieu du tissu cellulaire ou fibreux.

Quant aux vaisseaux et aux nerfs, ils existent dans l'adénome comme dans la glande mammaire (Lebert).

Ce qui précède s'applique à l'*adénome type*. Il n'est pas très-rare d'observer quelques modifications dans la tumeur. Voici les principales :

a. Lorsque l'adénome est volumineux, il devient bosselé; il présente des lobes séparés par du tissu cellulaire. M. Broca attribue cette division à l'existence de plusieurs lobules de la glande mammaire qui tendent à s'isoler.

b. Les adénomes anciens se ramollissent; le ramollissement central existe fréquemment, lorsque la tumeur est volumineuse

c. On peut rencontrer des adénomes très-durs, comme fibro-cartilagineux.

d. Il est fréquent de trouver des kystes dans les adénomes volumineux. Les uns sont formés aux dépens d'un acinus, *kystes glandulaires* de M. Lebert; ils ont un contenu sanguin ou caséux, dans lequel on rencontre toujours des cellules d'épithélium. D'autres kystes, *kystes lacuneux* de M. Lebert, peuvent y être observés; ceux-ci n'existent que dans les tumeurs volumineuses; on les considère comme des bourses séreuses développées dans le tissu conjonctif intermédiaire aux lobes de l'adénome.

Causes. — Le plus souvent, la cause est difficile à préciser. La plupart des malades accusent une contusion. Faut-il admettre que la contusion détermine l'irritation dans la nutrition des éléments glandulaires, d'où multiplication de ceux-ci?

Ces tumeurs se montrent ordinairement avant l'âge de quarante ans. Elles sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants.

Symptômes. — Leur *début* est lent, insensible; le plus souvent, la tumeur a acquis un certain volume lorsque la femme constate sa présence en portant, par hasard, la main au sein.

Les *symptômes fonctionnels* sont négatifs. Il est rare que ces tumeurs soient douloureuses, même à la pression; cependant, des douleurs vives peuvent exister, comme dans les tumeurs malignes. Souvent, aux époques menstruelles, la tumeur augmente de volume et présente un certain degré de sensibilité.

Les *symptômes physiques* sont les plus importants. La *peau* est normale; la tumeur occupe un des côtés de la mamelle, assez souvent la partie supérieure et externe, et paraît *arrondie*.

Si l'on porte la main sur la tumeur, on constate qu'elle *n'a pas contracté d'adhérences* avec la paroi thoracique. Dans quelques cas, on a observé l'adhérence du mamelon à la tumeur.

La *palpation* permet de constater des bosselures, des inégalités sur la tumeur.

La *pression* ne détermine pas de douleur vive, dans la plupart des cas. Si l'on presse la tumeur latéralement, on peut faire suinter par le mamelon un liquide *séro-sanguinolent* (A. Richard); mais le même phénomène s'observe dans le cancer (Boyer, A. Bérard, Velpeau, M. Richet). Au début, la tumeur est *dure et élastique*; plus tard, elle peut présenter un peu de *mollesse*, par suite soit du ramollissement central de la tumeur, soit de la formation de kystes.

On n'observe ni engorgement ganglionnaire dans l'aisselle, ni symptômes généraux.

Marche. Durée. Terminaison. — Les tumeurs adénoïdes ont une marche lente. Elles restent parfois stationnaires pendant plusieurs années.

Dans leur évolution, il faut considérer deux périodes. La première est caractérisée par les symptômes que nous avons décrits; la deuxième est beaucoup plus rare, et, lorsqu'elle se montre, elle embarrasse beaucoup le chirurgien qui veut établir un diagnostic. En effet, au bout d'un certain temps, la tumeur se ramollit superficiellement, les veines sous-cutanées se dilatent, la peau adhère, rougit et finit par s'ulcérer. L'ulcère est assez net, souvent limité à la peau, à bords non indurés. Il s'en écoule un pus abondant et fétide. Dans quelques cas rares, l'inflammation périphérique détermine une adénite axillaire, qu'il ne faut pas confondre avec l'engorgement ganglionnaire cancéreux.

On admet comme possible la disparition spontanée des tumeurs adénoïdes.

Dans des cas rares, la tumeur a été éliminée plus ou moins complètement, à la suite d'une inflammation gangréneuse.

La mort peut survenir par épuisement, par une complication, mais non par cet état général décrit sous le nom de cachexie cancéreuse.

Diagnostic. — Nous avons assez insisté sur les symptômes pour établir l'existence d'une tumeur adénoïde. Nous discuterons le diagnostic différentiel à la fin de cet article.

Pronostic. — Il n'est pas grave, puisque la tumeur est de nature bénigne, qu'elle ne se généralise pas. Cependant, lorsque la tumeur est ulcérée, la malade est sujette aux inconvénients des larges plaies suppurantes. De plus, il faut savoir que la récurrence peut se faire sur place; il y a une véritable repullulation (Broca), même lorsque la première opération a été faite largement. Il existe des observations authentiques d'adénome héréditaire.

Traitement. — On a vu, rarement il est vrai, ces tumeurs disparaître spontanément, ou sous l'influence d'une médication externe. Aussi, si la tumeur est petite, ne dépassant pas le volume d'un marron (Velpeau), on doit essayer ce traitement. Celui qui réussit le mieux est le suivant :

℞ : Iodure de potassium. 4 grammes.
Iode. 0,50 centigr.
Axonge. 30 gr.
M.

Faites une pommade.

Matin et soir, faire une friction sur la tumeur.

En même temps faire prendre à la malade une cuillerée du sirop suivant, matin et soir :

℞ : Sirop de saponaire. 300 grammes.
Iodure de potassium. 10 gr.

La malade aura soin de maintenir sur le sein, pendant toute la nuit, un bandage médiocrement serré, et aussi pendant le jour, si la pression n'est pas douloureuse.

Il n'est pas rare de voir la tumeur diminuer après un à deux mois de