

à côté d'elle, refoulée mais non envahie; le mamelon n'est pas rétracté. La peau soulevée, distendue, amincie parfois, n'est pas adhérente à la masse qu'elle recouvre; celle-ci est parfaitement mobile sur les parties profondes. L'adénopathie fait encore ici défaut.

La *consistance de la tumeur, l'état de sa surface, constatés au moyen de la palpation*, varient beaucoup suivant la période à laquelle on l'observe, suivant la variété de tumeur dont il s'agit (sarcomes mous ou sarcomes durs, myxomes, etc.), suivant que la masse renferme ou non des lacunes ou des kystes plus ou moins considérables (*fibro-sarcomes kystiques*). La plupart du temps on trouve des bosselures notables, de consistance inégale.

L'*écoulement par le mamelon* d'un liquide séreux ou séro-sanguin est assez fréquent. On ne s'en étonnera pas si l'on se reporte à la description anatomique des fibromes et des sarcomes de la mamelle.

Une *douleur* modérée mais notable accompagne le développement rapide de ces tumeurs, ainsi qu'un certain degré de fièvre. Il est à peu près impossible d'établir un diagnostic clinique entre le sarcome, les fibromes et les myxomes volumineux.

**Marche.** — Les tumeurs que nous étudions ici sont histologiquement de nature très diverse. Il ne faut donc pas compter que l'on pourra prévoir sûrement à l'avance la marche que suivra un de ces néoplasmes donné. Quelques-uns (fibromes, myxomes, sarcomes fasciculés) s'accroissent plus ou moins lentement, atteignent des dimensions considérables avant d'amener la destruction de la peau, et n'ont aucune tendance à la formation de métastases; d'autres, ce sont surtout les sarcomes à petites cellules (sarcomes encéphaloïdes), se développent rapidement et infectent l'économie aussi rapidement, sinon plus, que le pire des cancers. On voit alors, sans que les ganglions 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, 1885, 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'accom-



pagne 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 squirreux* 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 squirreux 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 squirre, une dizaine de fois, la généralisation s'est produite; on connaît cinq cas probables d'encéphaloïde, trois de carcinome mélanique, etc.

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

Le sein gauche paraît être atteint plus fréquemment que le droit: vingt-trois fois sur trente-sept 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. in. Paris, 1884) 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, avec l'espoir que, dans un avenir prochain, les observateurs fourniront à cette opinion la certitude expérimentale que donne, en pareille matière, un examen bacillaire complet, avec culture, inoculation et reproduction de la maladie.

**Étiologie.** — Même envisagée ainsi, la tuberculose mammaire est rare; on la rencontre surtout sur des femmes jeunes, âgées de 20 à 26 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 des femmes délicates, à antécédents strumeux; de nouveaux faits sont nécessaires pour appuyer cette notion.

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

1<sup>o</sup> Les tubercules isolés, disséminés;

2<sup>o</sup> Les tubercules confluents;

3<sup>o</sup> L'abcès froid de la mamelle.

1<sup>o</sup> *Tubercules disséminés.* — Dépôts de matière tuberculeuse 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<sup>o</sup> *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* tapissées 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 les culs-de-sac, qu'elles détruisent, oblitérant les capillaires sanguins et pénétrant dans les lacunes lymphatiques décrites à la périphérie du lobule.

3<sup>o</sup> *Abcès froid de la mamelle.* — Nous ne connaissons pas d'examen histologique de cette variété, qui puisse nous permettre d'établir nettement sa nature tuberculeuse, telle qu'on la comprend aujourd'hui; mais les notions anciennes renfermées dans le traité de Velpeau, et celles que nous possédons sur les abcès froids en général, sont des raisons qui nous paraissent suffisantes pour ranger cette variété dans la tuberculose de la mamelle et la considérer comme l'évolution d'un noyau tuberculeux isolé. — Tous les abcès froids osseux et périostiques des régions voisines ne sont-ils pas de même nature?

Le développement d'abcès froids idiopathiques de la glande mammaire ne paraît pas douteux. — Le volume de ces abcès peut atteindre dans certaines circonstances des dimensions considérables; leur contenu ne diffère pas d'ailleurs de celui de tous les abcès de ce genre: on y trouve toutes les variétés, depuis le pus crémeux des petites collections, jusqu'au pus séreux, mélangé de grumeaux, qui remplit de vastes poches, dont la paroi est relativement peu épaisse, mais présente aussi parfois de telles connexions avec les parties voisines que ces lésions ont pu être prises par des chirurgiens de la première moitié du siècle pour des irradiations de tumeurs malignes, ainsi que Velpeau nous en rapporte plusieurs exemples. On voit combien nos connaissances sont peu avancées sur ces faits.

On trouvera, à côté de ces collections, des abcès périostiques, osseux provenant des parties voisines; on a même vu quelquefois des tubercules 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<sup>re</sup> 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'un 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° *La forme confluente* 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 similaire, 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, de trajets fistuleux multiples, à orifices pâles et décollés comme ceux que nous venons de signaler.

3° *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. A côté de ces femmes

jeunes, pâles, amaigries, on les trouve 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; bien des incertitudes règnent encore, comme on le voit, sur leur évolution et 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 ces 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 décrirons 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, et en 1878 celui de la thèse de Gromo.

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, 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; la tumeur mal limitée grossit d'abord, puis elle envahit les tégu-

ments; 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 distinguée, 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 détritres 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.