

du pus et arrive jusqu'au sillon thoraco-mammaire où une contre-ouverture est pratiquée. Après nettoyage soigneux de la cavité purulente et introduction d'un gros drain par l'orifice inférieur, l'incision supérieure est suturée. Elle guérit rapidement et la seconde cicatrice se trouve dissimulée sous la mamelle.

Il est une autre méthode qui « doit être réservée aux cas où la maladie a produit des délabrements étendus et particulièrement à ceux où il existe des fistules multiples et intarissables ». Elle est due à Jules Bœckel. La voici telle que ce chirurgien l'a communiquée à Pierre Delbet. Une incision elliptique circonscrit les fistules, s'il y a lieu, ou bien la partie saillante du phlegmon s'il n'est pas ouvert, en respectant le mamelon si c'est possible. Après dissection rapide des deux lèvres de la plaie, on extirpe avec les pinces et le bistouri toutes les parties malades, en allant au besoin jusque sur les côtes. On désinfecte au sublimé et l'on réunit la plaie par des sutures profondes alternant avec des sutures superficielles sans drainage. Un pansement ouato-iodoformé est laissé huit jours en place. Sur 6 cas opérés ainsi, J. Bœckel a obtenu 6 guérisons par première intention.

Les fistules purulentes consécutives aux mastites ont tendance à devenir chroniques et doivent être traitées énergiquement. Au début, la compression, les injections modificatrices, les cautérisations répétées ont rendu des services ; si, malgré tous ces moyens, la cicatrisation tardait à se faire, il y aurait avantage à extirper largement les trajets fistuleux.

Chez une femme de vingt-quatre ans atteinte de mastite double suppurée et fistuleuse, dont l'état général était devenu très sérieux, Chavannaz (de Bordeaux), après avoir fendu le sein transversalement, a curetté et cautérisé chaque foyer ; il a ensuite suturé les deux moitiés de la mamelle et drainé. La guérison a eu lieu au bout d'un mois et demi.

II. — INFLAMMATIONS CHRONIQUES.

Velpeau est le premier qui ait tenté une classification des maladies chroniques du sein de nature bénigne ; on les décrivait avant lui sous le titre général de : *Tumeurs*. Il comprend dans ce groupe les hypertrophies, les intumescences chroniques, et toutes les tumeurs qui, abandonnées à elles-mêmes, ne sont point exposées à la dégénérescence cancéreuse. Il les désigne sous le nom d'*adénoïdes*. Depuis, les auteurs classiques ont peu modifié ce cadre nosologique et ils ont à peine parlé des « indurations et abcès chroniques » de la mamelle.

Il faut arriver au travail de Pierre Delbet (1) pour trouver, tracée de main de maître, une étude des inflammations chroniques du sein.

(1) PIERRE DELBET, *Traité de chir. de Duplay et Reclus*, t. VI, 1892.

Mettant de côté la tuberculose et la syphilis, cet auteur a divisé ces inflammations en deux grandes classes : les mastites chroniques partielles et les mastites chroniques diffuses ou totales, selon que l'inflammation porte sur un ou plusieurs segments de la glande, ou même sur sa totalité.

Ce qui faisait le plus défaut à l'ancienne description, c'étaient les examens anatomiques macroscopiques et microscopiques et les recherches bactériologiques. Delbet lui-même l'a reconnu le premier. Cependant, malgré cette base anatomique insuffisante, il avait déjà émis quelques conclusions qui devaient recevoir dans la suite la consécration scientifique. C'est en nous inspirant des idées de notre maître, dont les conceptions ont éclairé d'une vive lumière la question si obscure des inflammations glandulaires, que nous aborderons, à notre tour, l'étude des inflammations chroniques de la mamelle.

Il est utile d'exposer d'abord, dans un tableau d'ensemble, ce qu'on sait de l'histoire de ces inflammations, qui présentent un si grand intérêt au double point de vue anatomo-pathologique et clinique.

La connaissance du processus pathologique des inflammations chroniques du sein repose sur trois ordres de faits :

- 1° L'examen direct des préparations microscopiques ;
- 2° Les recherches bactériologiques ;
- 3° La comparaison avec les processus pathologiques des organes de même ordre.

D'un certain nombre d'examens histologiques bien faits, il résulte que les lésions portent sur les lobules glandulaires et sur les canaux excréteurs.

Au niveau des lobules, il y a d'abord néoformation ; les acini ont à peu près le volume qu'ils acquièrent pendant la lactation. Sur les coupes, on constate que l'épithélium glandulaire et le tissu conjonctif périacineux sont le siège d'une prolifération dont l'activité est essentiellement variable. Tantôt c'est la production épithéliale, tantôt c'est la production conjonctive qui l'emporte. Voici quelques passages d'une observation qui peut servir de type à cette description ; elle a été présentée à la Société anatomique par Delbet. Dans l'intérieur du lobule, le tissu conjonctif est disposé tout autour des acini ; il forme une série d'anneaux régulièrement concentriques qui encerclent chaque acinus : c'est du tissu fibreux, mais il est très chargé de cellules embryonnaires, surtout dans les parties les plus rapprochées des éléments glandulaires. L'épithélium a manifestement proliféré ; il y a comme une lutte entre l'épithélium et le tissu conjonctif. Ici, c'est la production épithéliale qui l'emporte : le cul-de-sac glandulaire se distend et forme un kyste microscopique ; là, au contraire, c'est la prolifération conjonctive, et les éléments épithéliaux sont plus ou moins étouffés. Au milieu des zones fibreuses concentriques, on ne trouve plus que quelques cellules épithéliales

informes et même, en certains points, on n'en trouve plus du tout : l'épithélium a disparu et l'acinus est remplacé par un noyau fibreux. Du côté des conduits galactophores, les lésions sont de même ordre. Ces conduits sont dilatés, mais fort irrégulièrement et leur épithélium présente une prolifération intense, bien plus marquée que celle de la plupart des acini. Autour des canaux, existe une production conjonctive péricanaliculaire plus ou moins intense.

En résumé, prolifération épithéliale et prolifération conjonctive, tels sont les deux caractères anatomo-pathologiques des mammites chroniques.

L'élément épithélial est-il frappé le premier et la réaction n'est-elle que secondaire ; quel est le point de départ du processus ?

L'examen anatomo-pathologique permet d'avancer que la lésion primordiale est l'altération épithéliale ; les arguments en faveur de cette opinion, tous tirés de l'observation, peuvent être ainsi formulés :

Les canaux galactophores sont constamment atteints ; quelquefois même ils sont seuls altérés.

Le tissu conjonctif forme, autour de chaque acinus, une série d'anneaux concentriques, dont cet acinus paraît être le centre.

Le maximum de l'infiltration embryonnaire est au voisinage immédiat de l'épithélium.

A un point de vue plus général, il suffit de rappeler que les deux caractères essentiels des inflammations chroniques du sein, la néoformation d'acini glandulaires et la tendance du processus à évoluer vers la forme kystique ou fibreuse, font tout naturellement ranger les mammites chroniques dans la classe des adénomes, tels que les a définis Pierre Delbet.

C'est dire que l'affection est de l'ordre des *cirrhoses épithéliales*, selon la dénomination proposée par Charcot pour les inflammations glandulaires ; pour la mamelle, comme pour les autres glandes communiquant avec l'extérieur, l'inflammation se fait par les canaux glandulaires.

Quel en est l'agent pathogène ?

Il est possible de répondre à cette question en s'appuyant sur deux ordres de faits.

Les premiers sont fournis par la pathologie comparée, les seconds sont du domaine de la bactériologie.

Nocard et Mollereau ont décrit, en 1888, une variété de mammite chronique qui s'observe sur les vaches en lactation et dont le premier signe apparent est un noyau induré situé au-dessus de la base du trayon : « La mamelle se noue. » Ce nœud mammaire, dont les dimensions varient du volume d'un œuf de pigeon à celui d'un poing d'enfant, est assez mal délimité et se confond insensiblement avec le tissu glandulaire resté sain ; jamais il n'a été constaté de propagation de la lésion aux ganglions lymphatiques. A l'examen

microscopique, on constate : 1° de l'hypertrophie avec infiltration nucléaire de tous les éléments conjonctifs ; 2° une prolifération abondante des cellules épithéliales des acini glandulaires ; 3° une desquamation très accusée des canaux excréteurs dont la paroi est considérablement épaissie. L'examen bactériologique du lait révèle la présence exclusive du streptocoque. Les lésions de la mammite chronique des vaches laitières sont, n'est-il pas vrai, en tout point comparables à celles que l'on a rencontrées dans les inflammations chroniques du sein. L'agent pathogène lui-même, le streptocoque, y a été aussi trouvé et on a pu le cultiver et l'inoculer.

Autre fait : Pilliet (1) a présenté en 1894, à la Société anatomique, les coupes d'une tumeur de la mamelle développée chez une chienne ayant mis bas plusieurs fois. Dans cette tumeur, on trouvait les éléments de l'adénome kystique, avec dégénérescence colloïde des épithéliums et de la mastite suppurée, avec envahissement du stroma.

Les mastites chroniques humaines sont-elles également dues à l'influence d'un microbe pathogène et ce microbe a-t-il une valeur spécifique. Les examens bactériologiques des abcès de cette variété sont maintenant assez nombreux pour qu'il soit possible de se faire une opinion à ce sujet. Il résulte de faits bien observés que l'agent infectieux le plus souvent rencontré dans le pus des mastites chroniques a été le staphylocoque blanc, mais on ne peut avancer que ce staphylocoque en soit l'agent unique. Reclus (2) et son élève Martin ont en effet une fois rencontré le colibacille ; Gervais de Rouville (3) le streptocoque mélangé au staphylocoque. Les cas de ce genre sont-ils exceptionnels. C'est ce que nous apprendra l'avenir ; mais il ne faut point oublier que, dans le lait de nourrices parfaitement saines, on a presque toujours rencontré des colonies de *staphylococci*, dans lesquelles l'*albus* prédominait, mélangé à de rares échantillons d'*aureus*, de *flavus* et de *citreus* (Charrin).

Un détail important qui a été plusieurs fois noté (Reclus et Martin, Delbet et Longuet, etc.), c'est l'atténuation de la virulence de l'agent infectieux. Gaucher et Surmont ont constaté que des cultures de staphylocoque blanc provenant d'une mammite chronique poussaient très lentement et que le *coccus* était petit et très grêle. Ils ont poussé plus loin leurs recherches et ils ont essayé de reproduire, chez la chienne en lactation, une inflammation chronique de la mamelle en injectant dans les canaux galactophores des cultures de ce *staphylococcus albus* atténuées. Ils sont arrivés à cette conclusion que l'inflammation subaiguë d'abord, parenchymateuse interstitielle ensuite, fait évoluer la glande mammaire vers l'état scléro-kystique.

De cet exposé, on peut conclure que ce processus est dû à une

(1) PILLIET, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, décembre 1894, p. 1034.

(2) RECLUS, *Clin. chir. de la Pitié*, 1894, p. 186.

(3) G. DE ROUVILLE, *Union méd.*, 1893.

inflammation microbienne atteignant d'abord l'épithélium glandulaire et réagissant secondairement sur le tissu conjonctif périacineux ou péricanaliculaire. « Les différences dans les proportions relatives des altérations épithéliales et des altérations conjonctives engendrent deux types anatomo-pathologiques, qui ne sont bien tranchés que dans leur forme extrême et entre lesquels on trouve naturellement tous les intermédiaires. » La lésion évolue donc selon deux types différents : tantôt l'élément épithélial triomphe de la réaction conjonctive ; tantôt la réaction conjonctive l'emporte sur l'élément épithélial. Dans le premier cas, il y a développement des acini qui se transforment en kystes, de dimensions variables. C'est l'évolution kystique. Dans le second, la réaction fibreuse enserre les culs-de-sac glandulaires, étouffe l'élément épithélial qui peu à peu s'altère et finit même par disparaître au milieu du tissu fibreux qui le remplace. C'est l'évolution fibreuse.

Entre ces deux termes extrêmes existent tous les intermédiaires. Il arrive même, dit P. Delbet, que dans une même mamelle, dans une même tumeur, se produisent simultanément l'évolution kystique et l'évolution fibreuse. Aussi peut-on voir réunies toutes ces modalités variant du rognon fibreux avec destruction de l'épithélium, jusqu'aux kystes. Cette association des formes kystique et fibreuse est une preuve de l'identité de leur nature primitive.

Le processus pathologique n'atteint point la glande indifféremment. Les lésions sont circonscrites ou diffuses, et leur ordonnance particulière fait que la mammite chronique offre des modalités très différentes.

C'est cette « distribution topographique » variable des lésions qui servira de base à la classification des inflammations chroniques du sein.

Nous étudierons donc successivement :

1° Les *inflammations chroniques localisées ou partielles* ;

2° Les *inflammations chroniques diffuses*.

Les **inflammations chroniques partielles** présentent elles-mêmes des différences selon leur mode d'évolution. Ainsi nous distinguerons :

A. Les *abcès subaigus et chroniques* (non tuberculeux).

B. Le *galactocèle*.

Les **inflammations chroniques diffuses** avec leur évolution kystique (*maladie kystique* de Reclus) ou fibreuse (*maladie noueuse* de Tillaux et Phocas) seront décrites ensuite.

Abcès subaigus et chroniques. — Étiologie. — Les inflammations chroniques du sein reconnaissent trois causes principales : le traumatisme, les inflammations antérieures et la lactation.

a. TRAUMATISME. — Il comprend lui-même le traumatisme violent et les froissements lents et répétés.

L'observation de Tillaux est un bel exemple de la première de ces deux variétés : un heurt violent contre un meuble avait provoqué dans le parenchyme mammaire un épanchement de sang, transformé plus tard lentement en « abcès à allures demi-froides, demi-chaudes, en une sorte d'abcès tiède. » Toutefois, le sang épanché après un traumatisme n'évolue pas forcément vers la suppuration ; il peut se résorber ou donner naissance à un noyau induré.

Les petits traumatismes répétés, les froissements prédisposent également à l'inflammation chronique de la mamelle. Ce genre d'*engorgement*, dit Velpeau, se montre sous deux formes principales : 1° chez les femmes qui ont eu des enfants et dont la mamelle est la fois lourde et pendante ; 2° chez les femmes dont la mamelle est volumineuse sans être molle ni pendante, chez les femmes grasses en particulier. Il faut accorder une plus grande influence aux froissements produits par les vêtements et surtout aux corsets ; J.-L. Championnière a observé chez une dame de quarante ans une petite tumeur à la partie supérieure et interne du sein, développée grâce à la pression considérable exercée en ce point par un busc de corset trop résistant. La suppression de cette lame d'acier amena en quelques semaines la disparition de la petite tumeur. Une malade de Tillaux, qui attribuait également sa mammite à l'usage d'un corset, vit sa tumeur diminuer dès que cette cause de contusion fut supprimée.

b. INFLAMMATIONS ANTÉRIEURES. — Les inflammations antérieures du sein doivent être rapprochées de la lactation dans l'étude étiologique des mastites chroniques. Chez les femmes atteintes de cette affection, on trouve notés un ou plusieurs abcès survenus à l'époque d'un premier accouchement ; puis, à l'occasion d'une nouvelle grossesse, la malade s'aperçoit qu'il s'est développé une nodosité dans la partie de la mamelle qui avait été le siège de l'abcès.

c. LACTATION. — L'influence de la lactation est également incontestable. Son rôle a été bien mis en lumière par Reclus. « Dans tous nos faits, ou du moins dans presque tous, dit cet auteur, une tumeur est apparue quelques jours, quelques semaines ou même quelques mois après un accouchement normal, un allaitement régulier, un sevrage ou bien un avortement suivi d'une montée de lait. » Parfois aussi, ces abcès, nés au début de l'allaitement, augmentent de volume à chaque nouvelle grossesse et peuvent s'accompagner d'une inflammation chronique du sein. L'histoire de la malade de Quénu en offre un bel exemple : « Après un premier accouchement normal et une courte tentative d'allaitement (15 jours), la malade eut à chaque sein un abcès dont la suppuration dura près de trois mois. C'est alors qu'elle remarqua, à la partie supérieure et externe de la mamelle droite, une petite grosseur non douloureuse du volume d'une bille. Quatre grossesses ultérieures furent suivies chaque fois d'une augmentation de la tumeur mammaire ; la mamelle fut plus tard

enlevée par Quénu ; il s'agissait d'une dégénérescence kystique.

Enfin, il est des inflammations du sein qui surviennent sans causes bien déterminées. Nous avons observé cette année avec Begouin (de Bordeaux), chez une jeune femme de vingt-six ans, un abcès du sein à staphylocoque qui a évolué en deux mois. Dans les antécédents nous n'avons relevé ni le traumatisme, ni la lactation ; la malade avait fait, il est vrai, une fausse couche six mois avant le début de l'abcès. Elle affirmait n'avoir rien eu à ce moment du côté du sein. Était-ce bien la vérité ? Ne pourrait-on invoquer la montée du lait ?

L'histoire de ces inflammations chroniques présente les modalités les plus diverses. Entre l'inflammation subaiguë, qui se traduit par un abcès au bout de quelques semaines, et l'inflammation chronique, qui persiste des mois pour se terminer tantôt par la suppuration, tantôt par l'induration ou la résolution, il y a tous les intermédiaires.

Le début peut passer inaperçu et le premier signe qui attire l'attention des malades est la tuméfaction. Une malade de Reclus avait par hasard constaté au sein droit une tumeur du volume d'une mandarine, qui s'était accrue lentement, sans douleur et sans changement de coloration de la peau. Une autre malade éprouve, d'abord dans le sein gauche, quelques élancements douloureux qui reviennent deux ou trois fois dans la journée et, le soir en se déshabillant, elle remarque que sa mamelle est pesante et sensible, dès que le corset cesse de la soutenir. Ce n'est que quinze jours après le début de ces petits accidents que la malade constate l'existence d'une grosseur dont son mari confirme la réalité (Reclus). Le début de l'affection est parfois marqué par des sensations vagues ou par de véritables douleurs qui attirent l'attention. Chez une femme du service de Le Fort (1), la mammite s'annonça trois semaines auparavant par des démangeaisons dans le bas du sein gauche. Après une semaine, à ces démangeaisons succédèrent des douleurs pulsatiles plus fortes la nuit que le jour ; c'est alors que la malade, en se tâtant, s'aperçut qu'elle portait une grosseur du volume d'un œuf dans la mamelle gauche. Une malade de Le Dentu prend froid un mois et demi après un accouchement normal et dès le lendemain sent une douleur dans le sein gauche qui s'irradie jusque dans l'aisselle.

Dans tous ces cas, on constate que l'une des mamelles est plus volumineuse que l'autre et qu'elle est le siège d'une tumeur arrondie, régulière, sans bosselures et généralement recouverte de petites granulations analogues à celles des lobules. Reclus a noté plusieurs fois ce fait. Le volume de la tumeur est celui d'un œuf de poule, d'une mandarine, d'une pomme ; il est quelquefois considérable, comme dans une observation de Castex. La consistance est ferme, un peu

(1) PHOCAS, thèse de Paris, 1886-87.

élastique, parfois d'une dureté ligneuse. Les plus minutieuses recherches ne permettent de constater ni élasticité, ni rénitence, ni fluctuation, ni rien qui puisse faire supposer une collection liquide (Reclus).

La tumeur ne présente pas d'une manière constante cette forme arrondie ou ovoïde ; elle offre quelquefois les caractères d'une sorte de gâteau irrégulier, qui se continue sans limites précises avec le reste de la mamelle, comme dans ce cas de Reclus où ce noyau, pris à pleine main, semblait occuper toute la glande inégale, mamelonnée et pesante.

Les connexions de la tumeur sont des plus variables. La peau est généralement indemne, du moins au début de l'affection ; elle peut même garder sa coloration normale et rester mobile sur la tumeur pendant toute son évolution. Mais il est loin d'en être toujours ainsi et l'on a noté qu'elle était un peu rosée, qu'elle était parcourue par des veinosités bleuâtres, qu'enfin elle avait perdu sa souplesse et son élasticité normales. Elle est quelquefois pointillée, ne se laissant pas plisser par le pincement et offre même cet aspect désigné sous le nom de « peau d'orange ». Castex l'a observé deux fois et l'a vu disparaître petit à petit. De même, le mamelon a été rencontré bien conformé et saillant, ou rétracté et adhérent à la tumeur.

La mobilité de la glande persiste presque toujours, alors même que l'inflammation siège dans les plans profonds.

Pendant cette période, il peut ne pas exister de douleur spontanée ; à peine les malades accusent-elles une sensation de gêne. Mais la douleur provoquée, surtout à la pression, acquiert en revanche une très grande importance ; elle manque rarement et il ne faut jamais oublier de la rechercher. « Ce qui me fit reconnaître la présence de la collection purulente, dit A. Cooper, ce fut la fluctuation, ainsi que la douleur que faisait éprouver à la malade une pression trop légère pour causer de la douleur dans le cas où le liquide accumulé aurait été de nature séreuse. »

Cette sensibilité s'observe vers le centre de la tumeur et précède souvent la fluctuation. Phocas fait remarquer que, dans l'observation de Johnson, c'est au moment où la tuméfaction était plus sensible au toucher que la fluctuation devint manifeste et engagea le chirurgien à intervenir.

Quand elle se rencontre à la périphérie de la tumeur avec son maximum d'intensité, la douleur à la pression indique que l'inflammation s'étend.

L'état des ganglions de l'aisselle doit toujours être recherché. C'est un signe important, mais auquel il ne faut attacher qu'une valeur relative, en raison des causes d'erreur et d'incertitude qu'il engendre. Il n'est pas constant.

Sur onze cas de phlegmons chroniques inféro-mammaires, Chassai-

gnac ne l'a noté que deux fois. Dans sept observations, Castex ne l'a trouvé signalé que trois fois. Enfin, Reclus a rencontré une seule fois sur cinq des ganglions appréciables; par contre, il a observé une mastite subaiguë avec envahissement de l'aisselle par une masse ganglionnaire. Dans la plupart des observations, l'adénite axillaire se réduit à quelques ganglions peu volumineux, peu douloureux, mobiles et durs, dont les caractères traduisent aussi bien un état inflammatoire que le développement d'une tumeur maligne. Leur examen doit donc être fait avec le plus grand soin; une douleur un peu vive à la pression, la « disproportion entre la tumeur et l'adénite », suffisent parfois à préjuger de leur origine inflammatoire.

Marche et terminaisons. — Au point de vue de la marche et de la terminaison des mastites chroniques, Duplay distingue trois formes :

La *forme suppurée*; la *forme résolutive*; la *forme indurée*.

a. *Forme suppurée.* — L'époque de l'apparition du pus est très variable. Entre les abcès subaigus, dont la suppuration n'est que retardée, et les abcès chroniques, dont la fluctuation n'apparaît que fort tardivement, il y a une foule d'intermédiaires. Tillaux a rapporté l'histoire d'une femme de trente-quatre ans chez qui s'était développé, à la suite d'un traumatisme, un abcès du sein arrivé à suppuration après six semaines. Reclus a observé un abcès mammaire qui s'était accru d'abord progressivement et qui, bientôt après, évolua rapidement. Il s'agissait d'une femme de cinquante-cinq ans, qui, à la suite d'un heurt violent sur la poitrine, avait constaté une tumeur de la partie externe du sein droit. Celle-ci, qui avait d'abord le volume d'une noisette, augmenta en provoquant plutôt de la gêne que de la souffrance. En huit jours, le pus se collecta en grande quantité. Selon l'opinion de Reclus, cette marche suraiguë avait eu pour cause des examens répétés.

La suppuration est quelquefois plus tardive. Dans certains cas, elle ne s'est montrée qu'après un mois, deux mois, six mois, un an même. La tumeur, avant d'arriver à suppuration, présente souvent — détail intéressant — des alternatives de diminution et d'augmentation de volume. L'accroissement atteindrait son maximum au moment des règles.

Lorsque le pus doit se faire jour au dehors, la fluctuation, d'abord obscure, devient plus nette et, comme l'a fait remarquer Phocas, la douleur à la pression corrobore l'hypothèse de la fluctuation.

Le siège des abcès est variable; Castex a noté la fréquence relative des foyers supéro-internes.

b. *Forme résolutive.* — La mammitte chronique peut guérir spontanément ou par un traitement simple tel que la compression. On en connaît plusieurs observations. Une malade de Davis, âgée de vingt-huit ans, vit disparaître sous l'action d'un bandage compressif un

noyau induré, qu'un traumatisme avait déterminé dans chacun des seins.

La terminaison par résolution est fort longue.

c. *Forme indurée.* — L'induration chronique persiste des mois et même des années avant de disparaître. C'est là une autre terminaison de l'inflammation chronique de la mamelle. Delbet remarque que cette longue évolution fait comprendre qu'il n'y a pas une barrière infranchissable entre la forme résolutive et la forme indurée des mastites chroniques; il se demande avec raison si ces noyaux inflammatoires ne seraient pas l'origine de certains adéno-fibromes du sein.

GALACTOCÈLE. — Il est une terminaison de l'inflammation chronique partielle du sein, qui est en quelque sorte « le contre-pied » du mode précédent. Le processus pathologique aboutit à la formation kystique. Ces kystes contiennent du lait plus ou moins altéré; ils sont connus sous le nom de *galactocèles* et ont été décrits jusqu'ici avec les kystes de la mamelle.

Or, leur origine inflammatoire est aujourd'hui suffisamment démontrée pour qu'il soit légitime de les regarder comme une forme particulière de la mastite chronique.

Il faut d'abord préciser la définition du galactocèle. Il y a un galactocèle véritable et un pseudo-galactocèle. L'un est constitué par un kyste, qui est toute la maladie, l'autre n'est qu'un accident dans l'évolution d'un néoplasme; c'est un néoplasme kystique, dont le contenu est un liquide plus ou moins similaire du lait et produit par l'irritation épithéliale glandulaire au voisinage de la tumeur.

Anatomie pathologique. — Le kyste siège ordinairement dans le centre ou dans les régions inférieures et internes de la mamelle; dans l'observation de Scarpa, il occupait la partie externe; d'autre part, le journal *l'Expérience* de 1837 a reproduit un cas de galactocèle bilatéral dû à Siebold. Enfin ces kystes peuvent être multiples, comme Forget, Puech et Bryant en ont cité des exemples.

Le volume de la tumeur a été comparé à celui d'un œuf de poule (Dupuytren, Velpeau), d'une orange (A. Cooper, Puech), des deux poings (Forget), d'un gros poing (Gilette), d'une tête de fœtus (Diriart). Le cas le plus célèbre appartient à Scarpa; Boyer, qui l'a rapporté d'après Wolpy, ne lui en connaissait pas d'analogue: la tumeur avait envahi la totalité de la mamelle et mesurait près de 34 pouces de circonférence, si bien que, lorsque la malade était assise, le sein était tellement allongé qu'il appuyait sur la cuisse gauche.

Quant aux connexions du galactocèle avec la glande, Forget a noté l'extension du tissu glanduleux à presque toute la surface extérieure du kyste auquel il formait comme une sorte d'enveloppe. Puech a également indiqué que le parenchyme mammaire était étalé en nappe et aplati sur la coque du kyste. Si les examens macroscopiques de ces tumeurs ont été rarement faits, en revanche les descriptions ana-