

A l'œil nu, on constate, après l'amputation de la glande, « qu'il n'y a pas traces de tumeur, là où l'on supposait qu'il en existait une; au lieu et place d'une tumeur, on trouve sur la surface de coupe, des kystes de volume différent à contenu liquide ou visqueux ou des nodosités fibreuses; mais, dans l'intervalle de ces kystes ou de ces nodosités, le tissu propre de la glande a conservé ses caractères normaux ». (Brissaud.)

a. *Lésions de la mammite chronique diffuse à prédominance du type kystique.* — Si l'on sectionne la mamelle dans tous les sens, on s'aperçoit que la glande est plus ou moins farcie de kystes disséminés, identiques, mais de volume divers. « Ce que je croyais être une tumeur au sens propre du mot, dit P. Segond, n'était qu'une agglomération de kystes plongés dans une gangue, offrant tous les caractères extérieurs du tissu mammaire normal. Ces kystes, dont les plus gros dépassaient à peine les dimensions d'un grain de raisin, étaient rapprochés les uns des autres et formaient comme une grappe unique au niveau du point qui donnait à la palpation sensation de tumeur; puis, dans les tissus environnants, ils étaient disséminés sans aucun ordre et fort espacés les uns des autres. Après ponction et évacuation, il ne restait plus que la gangue souple et molle dans laquelle ils étaient emprisonnés. »

Les dimensions de ces kystes varient depuis celles d'un œuf de pigeon jusqu'à celles d'un grain de millet et au-dessous. Ils sont généralement plus abondants à la périphérie qu'au centre de la glande.

Leur contenu est un liquide de nature et de coloration variées. Il est tantôt visqueux, brunâtre avec des reflets verts, trouble et chargé de petits globules huileux; tantôt il est plus clair et plus transparent; sa couleur est celle du café au lait. Enfin certaines cavités renferment parfois une substance molle et crayeuse. Ça et là apparaissent à la face interne de la paroi « de petits bourgeons hémisphériques, sessiles, de consistance ferme, de couleur blanc grisâtre, de volume variable depuis celui d'un grain de chènevis jusqu'à celui d'une noisette ». (Quénu.)

La lésion porte sur les deux glandes et ce qu'il y a de remarquable, « c'est que dans toutes les parties de la mamelle qui sem-

Fig. 7. — Coupe d'une mamelle kystique au voisinage du mamelon (Verick; oc. 1, obj. 1). A, un petit lobule glandulaire dont l'épithélium commence à végéter. Les acini n'y sont pas tous également dilatés; — B, un lobule plus volumineux que le précédent; les culs-de-sac sont inégalement dilatés; les uns sont obstrués, les autres sont libres; — C, un lobule dont les acini se sont confondus en une seule cavité; l'effacement des cloisons qui séparent les culs-de-sac n'est pas complètement achevé; — D, un lobule où s'est formé un kyste indépendant du canalicule excréteur; — E, kystes de moyen et petit calibre. Sur cette coupe vue à un très faible grossissement, on constate que le tissu conjonctif interlobulaire est parfaitement sain. On remarque aussi du premier coup l'extrême inégalité des lobules, des acini, des conduits excréteurs (BRISSAUD).

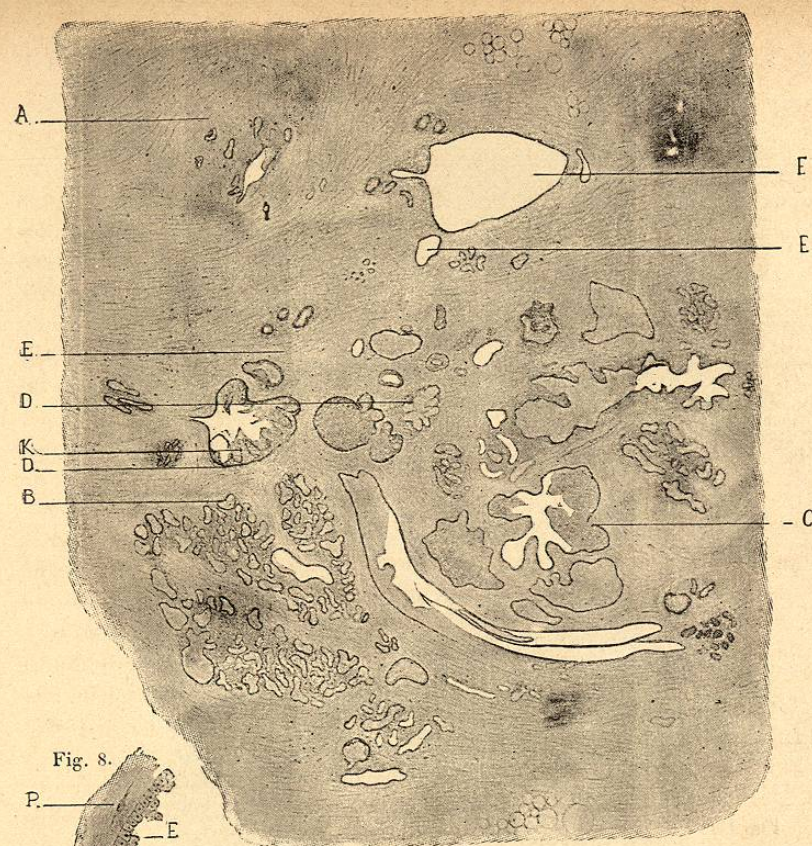


Fig. 7.

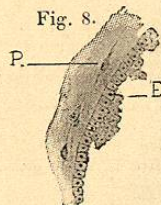


Fig. 8.

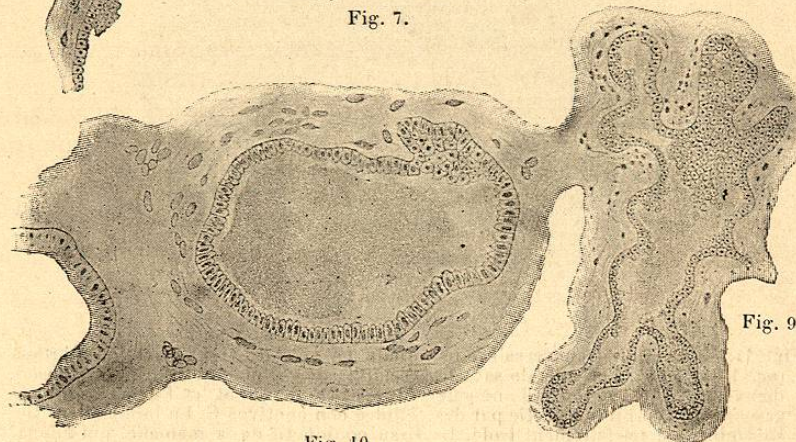


Fig. 10.

Fig. 7. — (V. ci-contre.) Fig. 8. — Paroi d'un kyste de la préparation précédente vue à un plus fort grossissement (oc. 1, obj. 3). — E, l'épithélium, qui en ce point est cubique, repose sur une membrane anhiste très mince, laquelle le sépare du tissu conjonctif de la glande. Fig. 9. — Acini du lobule A de la fig. 7, à un plus fort grossissement (oc. 1, obj. 3). L'épithélium est cubique sur toute la surface de la cavité; il est polyédrique dans l'intérieur; il ne remplit pas complètement la cavité. Fig. 10. — Petit kyste de la figure 7. Il renferme une matière épaisse, formée probablement de débris cellulaires. L'épithélium est cubique sur certains points, cylindrique sur d'autres. Dans un diverticulum, à la partie supérieure de cette petite poche, l'épithélium est polyédrique (BRISSAUD).

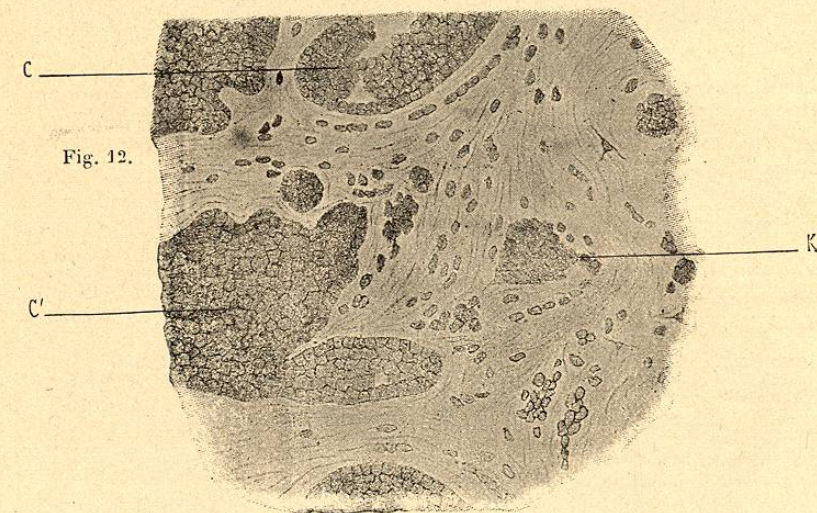
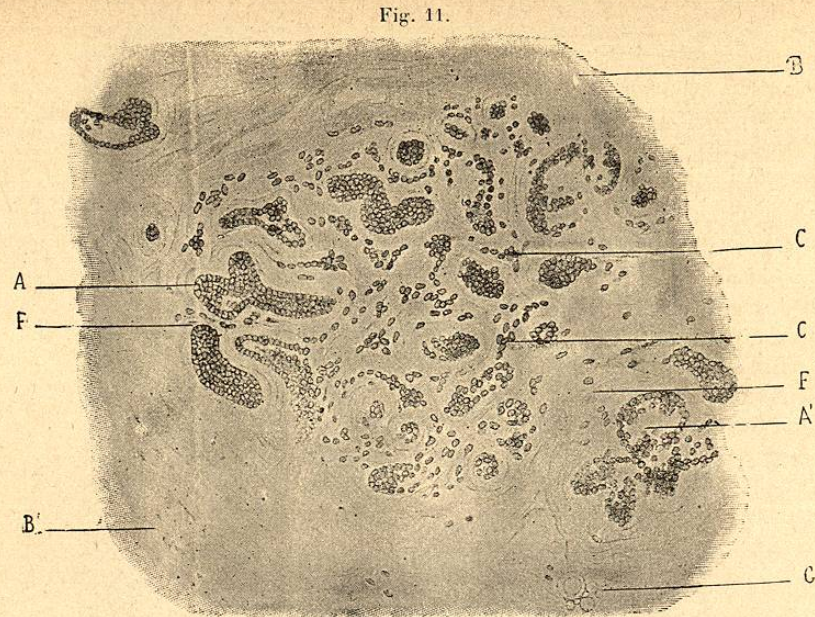


Fig. 11. — Section transversale d'un lobule en voie de transformation fibreuse (oc. 10, obj. 3). Les culs-de-sac sont remplis de cellules polyédriques. Chacun d'eux (A, A'), est entouré d'une gaine fibreuse (F) dense, et les intervalles de ces gaines sont remplis en partie par des cellules conjonctives C. Le lobule, dans son ensemble, est parfaitement isolé. Le tissu conjonctif de la mamelle, qui l'enveloppe de tous côtés, est absolument normal (B, B'). Les groupes de cellules adipeuses (G, G') sont conservés.

Fig. 12. — Coupe d'un lobule dont les culs-de-sac sont remplis de cellules épithéliales de toutes formes (oc. 1, obj. 7). — C, C', culs-de-sac glandulaires; — E, E, le tissu conjonctif interacineux; il est assez lâche et n'est séparé des culs-de-sac que par une couche anhiste extrêmement mince (P, P'); — F, un cul-de-sac dont la paroi est un peu plus épaisse; — K, une agglomération de cellules polyédriques, identiques à celles des culs-de-sac, isolées au milieu du tissu conjonctif.

BRISSAUD. Anatomie pathologique de la maladie kystique des mamelles (*Archives de physiologie*, 1884).

blaient saines, il existe une quantité innombrable de petits kystes dont la palpation n'avait pas pu faire soupçonner la présence ».

Au point de vue microscopique, il est préférable de commencer l'étude des lésions dans les points où elles sont le plus récentes. Les figures 7 à 12 montrent quel est, dans ces points, l'état du tissu glandulaire.

A un faible grossissement, on constate trois aspects bien différents du parenchyme mammaire : 1° des cavités glandulaires inactives; 2° des groupes glandulaires en activité; 3° des vestiges d'une cavité glandulaire actuellement ralentie ou disparue.

Ces faits ne sont normaux qu'en apparence; leur anomalie consiste dans la réunion de ces trois caractères qu'on ne retrouve point à l'état physiologique.

Sur les points où le parenchyme ressemble à celui d'une mamelle en lactation, on rencontre des grains glandulaires à couches épithéliales multiples et superposées, de dimensions différentes pour des lobules voisins. Quelquefois même dans un lobule deux acini adjacents ont des capacités très différentes.

En beaucoup d'endroits, on reconnaît que ce développement insolite de l'épithélium acineux est le point de départ des formations kystiques à contenu granulo-graisseux. On voit, en effet, un acinus acquérir des dimensions relativement colossales et les éléments épithéliaux qu'il renferme subir un commencement de désintégration granuleuse.

Au contraire, les coupes qui portent sur les points où la glande est redevenue inactive sont caractérisées par des grains fibreux, sensibles à la palpation et visibles à l'œil nu. Ce sont des lobules formés par une réunion d'acini dont les lumières sont rétrécies au point d'être devenues linéaires ou punctiformes, suivant le sens de la coupe, mais dont les parois ont subi par contre une hypertrophie très considérable.

Dans un lobule ainsi constitué, on ne distingue plus qu'une série de cercles fibreux épais, presque hyalins, adjacents ou co-tangents et traversés seulement à leur centre par un petit conduit dans lequel deux ou trois cellules épithéliales, irrégulières et granuleuses, ont peine à trouver place.

Si, au lieu d'étudier la portion la moins malade de la glande, on considère la région kystique, on se rend compte que ces différents aspects des lobules et des acini s'y confondent et se combinent dans des espaces très restreints. Dans un seul lobule, par exemple, on voit des acini fibreux, des acini normaux et des acini kystiques.

Ces acini sont formés d'une membrane propre sur laquelle repose une couche de cellules cubiques très régulières. Immédiatement au-dessus de cette couche épithéliale, sont amoncelées des cellules de toutes formes, qui paraissent provenir d'une desquamation incessante de la couche épithéliale.

A un degré plus avancé de ce processus correspondent aussi les cavités kystiques de grandes dimensions, qui se continuent avec un conduit galactophore de petit calibre et, à mesure que ces kystes grossissent, on voit leur paroi fibreuse s'épaissir ainsi que leur membrane propre.

Du côté des conduits galactophores, on constate également une prolifération épithéliale analogue à celle des parties sécrétantes. Parallèlement, la paroi est épaissie jusque dans le mamelon et infiltrée de noyaux abondants.

Telles sont les lésions qu'avait observées Brissaud. Chez les quatre malades, dont il avait examiné les pièces, il avait de plus indiqué que les *ganglions étaient rigoureusement sains*.

Quénu, qui a magistralement repris cette question anatomo-pathologique et l'a plutôt envisagée à un point de vue doctrinal, a bien mis en lumière certaines particularités.

Il a noté que le tissu conjonctif interstitiel était sain en dehors des lobules et sclérosé dans la région où les acini sont encerclés par une série de lames cellulo-fibreuses. Il a tiré, de ces constatations, cette conclusion logique que le tissu conjonctif interstitiel ne se comporte point ainsi dans les épithéliomes et qu'ici il s'agit d'un processus de sclérose consécutif à une irritation épithéliale primitive. Le fait n'est pas douteux, dit Quénu; à côté d'acini kystiques ou d'acini remplis de cellules épithéliales, il y a des grains fibreux sensibles à la palpation et visibles à l'œil nu sur les coupes. Or, que représentent-ils, sinon une série d'acini tellement étouffés que leur lumière est devenue linéaire et même punctiforme. En somme, formation kystique et nodule scléreux paraissent être les deux phases extrêmes du processus, qui est lui-même très probablement d'origine inflammatoire. « Les altérations épithéliales toujours considérables, dit Delbet, la prolifération conjonctive ayant nettement pour centre les appareils glandulaires, canaux ou acini, qu'elle encercle de zones concentriques, enfin l'infiltration embryonnaire plus intense au voisinage de l'épithélium que partout ailleurs, tendent à le prouver. »

P. Reynier a fourni un bel exemple de la dernière de ces deux terminaisons. Dans le cas qu'il a cité, macroscopiquement, le tissu mammaire était ferme et résistant, il criait sous le bistouri; il était bourré de tumeurs fibreuses qui s'énucléaient comme des fibromes du tissu utérin. Elles étaient entourées de toutes parts d'une foule d'autres de même nature, blanches, arrondies, les unes du volume d'un pois, les autres grosses comme un grain de millet; le parenchyme en était rempli. Les deux mamelles étaient atteintes pareillement. Sur des coupes histologiques, faites par Lyot, on voyait des faisceaux de tissu fibreux coupés les uns suivant leur longueur, les autres perpendiculairement à leur direction. Au milieu de ce tissu, les conduits galactophores étaient agrandis et l'on pouvait suivre leur déformation

progressive, depuis la dilatation simple jusqu'à la dilatation avec production végétante endocanaliculaire. On rencontrait également, dans les préparations, un certain nombre de petits kystes microscopiques. Pour Reynier, le point de départ de ces nodosités multiples et bilatérales paraissait nettement inflammatoire et il en faisait remonter l'origine à un abcès du sein gauche qu'avait eu sa malade.

Cette identité des lésions rencontrées dans les mammites chroniques et dans ces tumeurs bénignes désignées sous le nom de tumeurs adénoïdes, corps fibreux, fibromes, adénomes, adénofibromes, a amené Virchow, Kœnig, Quénu, Phocas et Pierre Delbet à se demander si ces tumeurs n'avaient point une origine inflammatoire. On a vu, dans le tome I de ce *Traité*, avec quelle vigueur ce dernier auteur a défendu cette opinion.

Comme conclusion, nous admettons que la mammite chronique diffuse offre les caractères de l'évolution kystique ou de l'évolution fibreuse isolées ou associées et que toutes les formes cliniques qui en dépendent « doivent rentrer dans le même cadre nosologique ».

Les mastites chroniques diffuses se rencontrent à tous les âges. On trouve, dans la thèse de Phocas, l'observation d'une jeune fille de vingt-deux ans, du service de Trélat, chez laquelle l'affection s'était montrée vers l'âge de dix-huit ans sous forme d'un gonflement douloureux du sein droit. Presque en même temps, s'étaient développées quatre petites grosseurs dans la glande mammaire et, quatre mois après, le sein gauche était atteint à son tour.

D'ordinaire ces mastites s'observent chez des femmes d'un âge plus avancé, surtout vers la ménopause. Les troubles de la menstruation qui surviennent à cette époque de la vie ont peut-être une influence marquée sur le développement de certaines mammites. Cette influence était bien manifeste chez une malade de Le Dentu; A. Demons et A. Boursier (de Bordeaux) les désignent couramment sous le nom de *mastites de la ménopause*; ils en ont observé plusieurs exemples des plus nets.

Cette mastite se présente comme une tuméfaction particulière ayant la forme et la consistance d'une tumeur solide du sein. Elle est ordinairement arrondie ou ovalaire, du volume d'une noix environ, parfois même un peu plus grosse. Cette tumeur, sensible au toucher, semble située dans un lobe de la glande mammaire et siège ordinairement à la périphérie. Elle est mobile sur les téguments et sur les plans profonds. Au premier abord, on croit avoir affaire à un fibrosarcome ou même à un cancer, surtout à cause de l'âge de la malade. Mais on voit d'ordinaire, si l'on observe l'affection pendant un certain temps, que cette tumeur reste stationnaire, et qu'elle disparaît peu à peu sous l'influence des traitements les plus divers.

Dans tous les cas, le diagnostic est difficile. Rien, si ce n'est la marche et l'évolution ultérieure, ne distingue ces tumeurs d'un néo-

plasme malin au début. Aussi nous croyons qu'au moment de la ménopause, quand on se trouve en face de tumeurs du sein, solides, petites et mobiles, situées surtout vers la périphérie de la glande, si les caractères de malignité sont peu nets, il est bon, avant de se décider à opérer, d'attendre, tout en surveillant l'évolution du néoplasme. Cette attente s'impose, tant que la malade présente les phénomènes d'une ménopause en voie d'évolution. Si c'est une mastite de la ménopause, on la verra souvent disparaître sous l'influence d'un traitement quelconque et en particulier de la compression. Ce ne sont pas là de véritables néoplasmes, mais des noyaux d'inflammation lobaire, dont le développement est probablement dû aux congestions passives qui accompagnent l'âge critique. Malheureusement c'est une opinion qui ne s'appuie que sur quelques données cliniques, sans aucune vérification anatomique; elle nous a été surtout inspirée par la marche et l'évolution particulières de ces sortes de tumeurs qui semblent être influencées par le travail important qui accompagne la cessation des fonctions cataméniales (1).

Le début de l'affection est généralement lent et insidieux; les malades reconnaissent l'existence d'une tumeur soit par hasard, soit parce que leur sein « grossit » ou devient douloureux. Une malade de Verneuil est heurtée violemment au sein droit par une branche brisée; un mois après, elle sent, au point frappé, un noyau dur, douloureux, qui roule sous le doigt. Quatre mois après, une nodosité semblable apparaît spontanément dans l'autre sein; la moindre pression est douloureuse et les mouvements du bras provoquent eux-mêmes des élancements. Dans un autre cas de Phocas, la malade ne s'est aperçue de sa tumeur que six mois après avoir commencé à souffrir. Mais ce sont là des exemples rares; ces mammites se développent le plus souvent sans grandes réactions. D'autres fois, la tumeur, après être restée longtemps stationnaire, augmente rapidement de volume, et cet accroissement subit décide la malade à consulter.

Aussi, lorsqu'on examine la malade, l'affection évolue depuis longtemps; elle est souvent parvenue à son état de complet développement.

Même lorsque les lésions présentent les caractères tranchés des types extrêmes (kystique ou fibreux), les *signes physiques* n'offrent pas des différences telles qu'on doive distinguer cliniquement deux variétés: la maladie kystique de Reclus et la maladie noueuse de Tiliaux et Phocas. Les deux processus se trouvent généralement combinés. Il y aura cependant lieu de revenir sur ce point à propos de la marche de l'affection et de son diagnostic.

A la vue, les seins paraissent normaux; tout au plus note-t-on qu'ils sont flasques et pendants. L'une des mamelles est quelquefois plus

(1) Ces idées sur la *mastite de la ménopause* nous ont été obligeamment communiquées par MM. Demons et Boursier.

proéminente et la peau peut être sillonnée de quelques veinosités.

La palpation donne des renseignements très précis. Elle doit être faite méthodiquement. Lorsque, dit Richet, on saisit la mamelle transversalement et à pleine main, on apprécie parfaitement la résistance et la dureté qu'offrent les lobules, et il n'est point rare d'en rencontrer un qui surpasse les autres en densité, même à l'état normal. Or, si l'on n'était prévenu de ce fait, on pourrait croire à l'existence d'une tumeur. Pour éviter cette erreur, il suffit d'explorer la glande dans un autre sens, c'est-à-dire qu'au lieu de la saisir transversalement, il faut l'appliquer sur la paroi pectorale et la palper dans cette position. Si l'on n'a affaire qu'à une simple différence de consistance entre les lobules, elle n'est plus appréciable, elle a disparu; dans le cas contraire, la tumeur persiste et l'on peut en saisir toutes les inégalités. On sent une tumeur du volume d'une noix, d'un œuf de poule, exceptionnellement d'une orange, qui est arrondie et enchâssée dans les tissus voisins; elle n'est généralement ni élastique, ni rénitente, ni fluctuante et présente parfois une résistance squirreuse. Quénu a observé un cas de ce genre.

En d'autres points de la glande, la palpation permet de reconnaître d'autres tumeurs grosses comme des pois, des noisettes ou des prunes. Les comparaisons pittoresques ne manquent pas pour caractériser cet état particulier de la mamelle; elles sont presque toutes de Reclus (1). On a la sensation de ces pièges à oiseaux, de ces planchettes sur lesquelles du mil est collé...; la mamelle semble criblée de grains de plomb...; on dirait que les culs-de-sac ont été injectés à la cire. La comparaison de Phocas est également très juste: on dirait qu'on a piqué une grande quantité d'épingles dans la glande mammaire et qu'on en sent les têtes à travers la peau. En résumé, le premier signe qui frappe, c'est la présence d'une nodosité plus grosse que les autres, émergeant d'une foule de nodosités secondaires éparses dans toute la glande.

La nodosité principale ne donne que très rarement la sensation de fluctuation; dans une de ses Cliniques, Reclus dit ne l'avoir perçue que deux fois. « Lorsqu'on pédiculisait la mamelle entre le pouce et les doigts de la main gauche, l'index droit placé sur le point culminant de la tumeur éprouvait la résistance spéciale aux tumeurs liquides. La pression exercée pendant cet examen fait souvent sourdre par le mamelon quelques gouttes d'un liquide séreux et brunâtre. D'après Kirmisson (2), dans la tumeur kystique, l'écoulement n'est jamais du sang pur, mais un liquide plus ou moins teinté.

Un caractère fondamental qui passe souvent inaperçu, c'est la bilatéralité des lésions. Il faut donc explorer attentivement les deux seins par une palpation méthodique. On découvre généralement des

(1) RECLUS, *loc. cit.*

(2) KIRMISSON, *Bull. de la Soc. de Chir.* 1888 p. 185

nodosités éparses dans la glande ; nous disons généralement, car l'hésitation est grande quelquefois. La limite est souvent bien indécise, dit Reclus, entre les grains glandulaires normaux, les acini que l'on sent dans les mamelles maigres, au-dessous d'une peau flétrie ou doublée de peu de graisse et les plus petites dilatations kystiques.

La glande ne contracte d'adhérences ni avec la peau, ni avec le plan profond.

On ne rencontre point de ganglions dans l'aisselle, ou, s'il y en a, il s'agit d'une adénite sans caractères bien précis. Plusieurs observateurs en ont cependant noté la tuméfaction douloureuse.

A sa période d'état, la mammite chronique à noyaux multiples ne donne guère lieu à des phénomènes réactionnels manifestes. Elle peut néanmoins s'accompagner de douleurs tellement vives que certains auteurs ont cru devoir lui donner le nom de *tumeur irritable*. Mais c'est, comme Broca l'a bien montré, la malade qui, en réalité, est irritable. Les douleurs sont surtout vives au moment des règles. Une malade de Reynier comparait ses souffrances à celles qu'éprouvent les femmes au moment de la montée du lait.

La *marche* de l'affection est lente et progressive. Elle peut durer quinze ans (Monod), trente ans (Trélat), trente-trois ans (Reclus).

Quelquefois l'affection rétrocede et même disparaît, ainsi que Phocas en a cité des exemples, sous l'influence du repos et de la compression. Souvent la tumeur paraît simplement rétrograder.

Une observation de S. Duplay, reproduite dans la thèse de son élève Fau, est intéressante. Le début de la mammite remontait à neuf ans ; la tumeur persista quelque temps, disparut, puis reparut plus tard ; traitée par une pommade, elle diminua, puis augmenta de nouveau.

Phocas a bien montré que la maladie affecte une marche « oscillante », qu'elle procède par poussées. Kœnig ajoute que c'est principalement au moment des règles qu'on voit survenir de nouvelles nodosités. Le sein tout entier devient douloureux, tandis que les ganglions de l'aisselle se tuméfient. Après les règles, les symptômes inflammatoires disparaissent et il ne reste plus que les nodosités.

La mastite chronique peut se terminer par résolution complète ou par atrophie de la mamelle (*cirrhose mammaire* de Wernher). Cette terminaison est rare, mais elle existe (obs. de Billroth). La transformation des inflammations chroniques du sein en adéno-fibromes et en fibromes est insuffisamment connue ; elle est cependant possible. On sait avec quelle logique cette influence de l'inflammation mammaire sur la production des tumeurs bénignes a été défendue par Pierre Delbet. Pour cet auteur, les fibromes multiples ne seraient que le terme ultime des mastites noueuses.

Le *diagnostic des phlegmasies chroniques partielles* du sein est

difficile. « On peut observer, dit Duplay, à la région mammaire, à la suite d'une inflammation chronique, des collections à développement lent et insidieux, accompagnées de tuméfaction indolente, sans changements de couleur à la peau, dont le diagnostic est parfois entouré de difficultés. On a pu croire, dans quelques cas, à l'existence d'une tumeur maligne ; cette erreur s'explique par la marche de la maladie, par l'induration de la région mammaire, l'absence ou l'obscurité de la fluctuation. »

Des chirurgiens de la plus haute valeur, tels que Astley Cooper, Benjamin Brodie, Dupuytren, Roux, Velpeau, Marjolin, Laugier, etc., ont commis cette erreur et ont amputé des mamelles atteintes d'inflammation chronique.

Les formes subaiguës de ces phlegmasies donnent aussi l'illusion du cancer ou inversement une tumeur maligne simule une inflammation subaiguë.

Toutefois, comme l'a fait remarquer Reclus, l'erreur est ici moins redoutable, elle ne persiste pas et, pour des cas semblables, le sein n'a jamais été amputé. C'est l'observation patiente de la maladie, l'étude de sa marche et de son évolution qui finissent par éclairer le diagnostic. Au bout de quelques jours, de quelques semaines au plus, les signes de la mastite s'affirment, la fluctuation devient nette, le pus se fait jour à l'extérieur ; ou bien, dans le cas contraire, les caractères du cancer s'accroissent ; la peau devient plus épaisse, plus dure, des nodosités se montrent. Une seule fois sur huit, il est arrivé à cet auteur d'ouvrir, comme une collection purulente, un cancer ramolli, et encore n'était-ce que pour assurer le diagnostic au moyen d'une inoffensive intervention.

Mais c'est pour les formes chroniques que l'embarras devient considérable. Il y a cependant des conditions où les difficultés sont moindres, lorsque, par exemple, la tumeur est bien arrondie et ne pousse pas vers la glande des prolongements rameux ; la « parfaite rondeur de la masse » a, pour Reclus et Pierre Delbet, une grande valeur ; elle indique qu'il s'agit très probablement d'un abcès.

Si, en outre, cette tumeur a évolué très lentement, si elle est rénitente et garde l'empreinte des doigts, si, enfin, il s'écoule du lait par le mamelon quand on vient à la presser, c'est à peu près sûrement un galactocèle. Mais ce sont là des cas exceptionnels.

Habituellement la tumeur, sans limites précises, se développe insidieusement ; elle n'est point fluctuante ni même rénitente, souvent elle est bosselée et de consistance ligneuse. La peau se creuse de petites dépressions semblables à celles de la peau d'orange ; le mamelon peut être rétracté et l'aisselle renfermer des ganglions appréciables. Aussi bien tous ces signes se rencontrent lorsqu'il s'agit de tumeurs malignes ; aucun d'eux n'a de valeur pathognomonique. Il est vrai qu'ils présentent à l'analyse des caractères distinctifs qui deviennent

très importants et permettent d'établir le diagnostic; mais ils sont d'une appréciation délicate. C'est ainsi que les prolongements rameux ne sont jamais aussi développés dans les tumeurs inflammatoires que dans le cancer. De même les adhérences cutanées d'un cancer et d'une phlegmasie offrent des différences. Dans le premier cas, elles ont lieu par « une sorte de capitonnage »; dans le second, « elles se font surtout en surface ».

Les signes qui doivent servir de base au diagnostic sont tirés, d'après P. Delbet, de l'étiologie et de la marche de l'affection, du symptôme douleur et de l'état des ganglions. Quelle est leur valeur?

L'âge des malades n'a qu'une importance relative, car les inflammations chroniques du sein s'observent aussi bien chez les femmes âgées que chez les jeunes femmes; il en est de même des néoplasmes.

L'influence du traumatisme est inconstante, puisque Reclus ne l'a point rencontrée dans une série de cinq cas (1); d'autre part, il peut devenir l'origine d'une tumeur maligne ou attirer l'attention sur une tumeur préexistante.

Le rôle de la lactation est plus manifeste. Toutes les fois que l'état puerpéral existe, il faut songer à l'inflammation, surtout aux formes subaiguës de la mastite. D'après Reclus, l'indolence, l'épaississement et l'induration de la peau, la rétraction du mamelon, ont beau exister, c'est souvent d'une mammite subaiguë qu'il s'agit, surtout si la fluctuation n'est pas nette. La date d'apparition de la mastite est d'un mois et demi après la couche, six semaines, cinq mois, huit mois après le sevrage. Mais, dans les formes chroniques, cette étiologie devient douteuse, surtout lorsque le dernier allaitement remonte à deux ans, six ans, neuf ans, vingt-deux ans.

D'ailleurs, il n'est pas impossible qu'un cancer se développe dans une mamelle en lactation. Le fait, pour être rare, n'en n'existe pas moins et l'embarras peut être grand. Le néoplasme donne parfois l'illusion d'un abcès sur le point de s'ouvrir. Dans un cas de Reclus, la peau, d'aspect inflammatoire, était douloureuse, œdémateuse et conservait l'empreinte du doigt; la fluctuation même était des plus nettes. On aurait dit un abcès chaud, alors qu'il s'agissait d'un cancer encéphaloïde.

Pierre Delbet a invoqué, en faveur de l'inflammation, « une sorte de suffusion rosée qui diffère de la rougeur de la lymphangite ordinaire et la conservation de l'empreinte du doigt sur la peau. Ce signe, ajoute-t-il, a une grande valeur, il doit tout de suite éveiller l'idée d'une affection inflammatoire ». A notre avis, il est loin d'être pathognomonique.

Il en est de même de la douleur qui manque souvent ou qui, lorsqu'elle existe, n'a que la valeur d'une douleur spontanée, essentiel-

(1) Le traumatisme a été relevé quatre fois sur onze cas de galactocèle par Gillette.

lement subjective. Cependant la *sensibilité à la pression* devient, quand elle est manifeste, un caractère de premier ordre. Ce signe permit à Cooper d'affirmer dans deux cas le diagnostic d'abcès. Il est à remarquer que la douleur à la pression devient surtout évidente lorsque la collection purulente s'établit. Cette succession dans les phénomènes pathologiques est plutôt l'apanage de l'inflammation que du cancer.

Les douleurs pulsatiles elles-mêmes ne constituent pas un signe caractéristique de l'inflammation, puisqu'elles apparaissent aussi bien dans le cancer; mais elles acquièrent cependant une grande valeur quand elles annoncent la suppuration.

De même, l'état des ganglions est loin d'être constant; s'ils sont plus rapidement engorgés dans les mastites inflammatoires, surtout dans les mastites subaiguës, ils sont quelquefois à peine appréciables, et même absolument indemnes. Enfin, certaines formes d'encéphaloïde à marche rapide s'accompagnent d'adénite axillaire. C'est encore là un signe inconstant. Malgré tout, la recherche des ganglions ne doit jamais être négligée, car, d'une façon générale, la « disproportion entre la tumeur et l'adénite acquiert une véritable importance; un néoplasme vieux de trois, quatre, cinq, six mois ne s'accompagne pas d'infection ganglionnaire cliniquement appréciable ».

En somme, si les inflammations chroniques et les néoplasmes offrent des différences dans leurs symptômes, ce sont plutôt des nuances difficiles à apprécier. Il est donc indispensable de grouper tous les signes différents pour en tirer quelque conclusion.

Souvent la marche de l'affection donne d'utiles renseignements; tel symptôme, qui paraissait d'abord douteux, devient prépondérant et met sur la voie du diagnostic. Mais cette observation patiente peut devenir dangereuse et préjudiciable à la malade et lui enlever le bénéfice d'une utile intervention. Il n'y a guère que pour les formes subaiguës où cette expectation est à conseiller. « Au bout de quelques jours, de quelques semaines au plus, les signes de la mastite s'affirment, la fluctuation devient nette, le pus se fait jour à l'extérieur. » Pour Reclus, cependant, la ponction exploratrice permet d'affirmer le diagnostic et d'être éclairé sur la nature du liquide. « C'est pour ne pas y avoir eu recours, dit-il, que dans les cas qui me sont personnels, des chirurgiens distingués ont effrayé des familles et proposé l'amputation du sein. Aussi, ne saurais-je trop insister sur la valeur de la ponction exploratrice et, dans tous les cas où le diagnostic cancer ne s'impose pas, il faut plonger dans la tumeur une aiguille de Pravaz. »

Elle seule suffit à établir le diagnostic de galactocèle dans les cas difficiles. Lorsque ces kystes se présentent sous une forme bien arrondie, et que leur début remonte à une lactation antérieure, si la tumeur s'est développée sans réaction inflammatoire, si elle est rénitente et conserve l'empreinte du doigt, le diagnostic est vraiment