

aisé à établir. Il en est de même lorsque, par la compression, on fait sourdre du lait par le mamelon. Mais les signes objectifs sont parfois si peu tranchés qu'ils militent aussi bien en faveur d'un néoplasme kystique ou d'une tumeur adéno-fibromateuse, que d'un galactocèle. La ponction exploratrice elle-même est loin d'être infaillible, surtout lorsqu'il s'agit de ces néoplasmes à grandes cavités kystiques. Boiffin (1) a même déclaré que « ce n'est point impunément que l'on plonge parfois à plusieurs reprises, un trocart, si petit qu'il soit, dans une tumeur maligne, si la masse est par malheur vraiment solide, et si on a pratiqué ce traumatisme sans être préparé à enlever sur-le-champ le néoplasme. »

Le *diagnostic des inflammations chroniques diffuses* est très simple lorsque le syndrome clinique de Reclus est au complet. Dans le cas contraire, il présente les plus grandes difficultés. C'est surtout avec les tumeurs carcinomateuses que ces phlegmasies ont été confondues ; cette erreur a été commise par les chirurgiens les plus éminents : Broca, Verneuil, Maunoury, Poncet. L'attention est uniquement attirée sur un noyau de dureté ligneuse, faisant corps avec la glande mammaire ; cette tumeur paraît unique, soit qu'on laisse de côté les nodosités secondaires, soit que celles-ci aient un volume si petit qu'on les confonde avec les acini glandulaires normaux ; on passe à côté du diagnostic, faute d'avoir fait la palpation attentive des deux mamelles.

La multiplicité et la bilatéralité des tumeurs appartiennent aussi bien à la forme noueuse qu'à la forme kystique. Reclus a remarqué que, dans ce dernier cas, il y a des nodosités nombreuses et assez grosses, mais qu'il n'y a pas les milliers de petites saillies qui ont fait comparer la glande à une pelote piquée d'épingles. En réalité, c'est une question de degrés dans l'état des lésions, et si l'on admet que ces noyaux de dimensions variables, que ces adéno-fibromes multiples sont l'aboutissant d'une mammite chronique, l'erreur commise ne sera pas grande, puisqu'on sera en présence d'une forme terminale de cette variété de mastite. Il s'agit d'une même affection à des stades différents.

Reclus a préconisé la ponction exploratrice avec l'aiguille de Pravaz. Ne faites pas un diagnostic de tumeur mammaire sans le contrôle « par la ponction ». Lorsque, par ce moyen, on a vidé le kyste, la tumeur disparaît. Mais ce mode d'exploration n'est point toujours infaillible ; même quand il montre qu'il s'agit d'un kyste, il donne parfois lieu à des erreurs. « Il faut bien savoir, dit Boiffin, que le kyste évacué peut offrir des parois minces et régulières, où l'on ne trouve qu'à grand'peine le noyau solide, encore petit, qui ne tardera pas à dominer la scène et à prendre toute l'importance qui lui revient et que la ponction laisse méconnaître. »

Il y a des cas où le diagnostic reste forcément douteux. En pareilles

(1) BOIFFIN (de Nantes), Insuffisance de la ponction exploratrice pour le diagnostic des kystes simples de la mamelle (*Arch. prov. de Chir.*, 1895).

circonstances, « pourquoi ne pas déclarer nettement qu'il faut pratiquer une incision exploratrice, permettant d'examiner directement la tumeur en place, d'en établir la nature et de faire soit l'ablation de cette tumeur seule, soit un sacrifice plus large s'il en est besoin » ?

Aussi bien cette incision exploratrice permettra-t-elle, mieux encore que la ponction, d'éclairer le diagnostic lorsqu'on hésite entre une maladie kystique, une « fibromatose » ou des lipomes multiples de la mamelle. C'est, du reste, la pratique qu'a suivie Reclus lui-même dans un cas de ce genre. Comme aucun liquide, pas même une goutte de sérosité, ne s'écoulait dans le corps de la seringue de Pravaz, il incisa la peau au niveau d'une des nombreuses nodosités enchâssées dans la glande ; aussitôt « une de ces tumeurs s'énucléa et jaillit pour ainsi dire au dehors ». C'était un lipome encapsulé.

Traitement. — Tant que la *mammite chronique partielle* n'est pas arrivée à la suppuration, on se bornera à préserver le sein atteint contre toute cause d'irritation et l'on appliquera avec avantage un bandage ouaté destiné à le maintenir relevé et à exercer une douce compression uniformément répartie. On pourra en outre administrer à l'intérieur de l'iodure de potassium.

Lorsque le pus est formé et collecté, il faut l'évacuer comme s'il s'agissait d'un abcès consécutif à une inflammation aiguë.

Quand on a affaire à un kyste laiteux, à un galactocèle vrai, le traitement de choix est l'extirpation de la poche. Aussi doit-on abandonner les autres méthodes, telles que la ponction suivie d'injection modificatrice et l'incision simple, qui sont le plus souvent inutiles. Les injections modificatrices deviennent même dangereuses par l'inflammation qu'elles déterminent.

L'incision large de la poche, suivie de la cautérisation de ses parois, préconisée par Bouchacourt et regardée jadis par Duplay comme le meilleur mode de traitement du galactocèle, doit céder le pas à l'énucléation.

Le mieux sera donc d'inciser le kyste et d'en disséquer largement les parois ; on tentera ensuite une réunion par première intention des deux lèvres de la plaie.

Le traitement des *mastites chroniques diffuses* offre plus de difficultés. Dans le chapitre consacré à cette question, Pierre Delbet a soutenu que la compression et l'iodure de potassium devaient en faire la base ; que si la mamelle devenait douloureuse ou déformée par une nodosité plus volumineuse (1), il y avait lieu d'enlever cette tumeur. Or, certains auteurs ont avancé que l'affection pouvait rétrocéder et même disparaître. Si ce fait n'est pas absolument démontré, il est

(1) On pourra, dans certains cas, avoir recours au procédé de Gaillard Thomas et de D. Mollière, qui consiste à pratiquer l'incision dans le sillon sous-mammaire. Le sein est en quelque sorte retourné pendant l'opération : la cicatrice reste cachée. Voy. DANIEL MOLLIERE, Leçons de Clinique chirurgicale.

indéniable que la mammite chronique diffuse affecte une marche extrêmement lente. D'autre part, étant donné qu'il s'agit, non pas d'une tumeur au sens propre du mot, mais d'une dégénérescence kystique ou fibreuse diffuse, on doit, si l'on veut intervenir, faire œuvre chirurgicale, c'est-à-dire enlever tout le mal, en un mot faire l'amputation totale. Coÿne (de Bordeaux) nous a dit avoir vu une femme subir ainsi sept opérations partielles, et n'être débarrassée définitivement que par une huitième opération qui porta sur toute la région mammaire.

Si la mammite chronique diffuse est de nature bénigne et n'a aucune tendance à évoluer vers la malignité chez les jeunes femmes, rien ne dit que pareille transformation ne puisse s'opérer avec les progrès de l'âge. C'est là une considération importante.

Aussi, tout en se montrant moins pessimiste que Malassez, il faut cependant tenir compte de son « Méfiez-vous! ». Mais si l'on veut baser sa ligne de conduite sur les données anatomo-pathologiques et cliniques, on devra nécessairement choisir entre ces deux méthodes extrêmes : ou l'ablation totale des deux seins, qui constitue une très grave mutilation, mais qui seule semble logique, ou le traitement par la compression et les iodures à l'intérieur. C'est un moyen peu efficace ; il a néanmoins donné ou paru donner quelques résultats (1).

D'une façon générale, il y a tout intérêt, à suivre la ligne de conduite que nous ont tracée Trélat et Reclus. Nous devons, dit le premier de ces éminents cliniciens, observer le mal de près en le respectant jusqu'à plus ample informé, et si nous ne constatons aucun accroissement, aucun réel foyer de tumeur, aucune prolifération active, nous nous contenterons d'une thérapeutique négative. « Chez les femmes jeunes, ajoute Reclus, je n'interviens pas, car je ne veux pas créer un mal présent, certain, pour éviter un mal à venir possible. Mais, plus on avance en âge, moins sont grands les inconvénients de l'ablation et plus grandes sont les chances de transformation en cancer ; alors, je n'hésite pas, d'autant que les malades sont souvent fort inquiètes elles tournent parfois à l'hypocondrie et c'est pourquoi j'interviens.

(1) Voici le cas encore inédit que nous a communiqué le professeur Bergonié (de Bordeaux). Une malade âgée de trente-huit ans était atteinte d'une tumeur située à la partie supérieure et interne du sein droit du volume d'un œuf de pigeon, de forme ovoïde, avec quelques bosselures. Cette tumeur fut prise par deux chirurgiens distingués pour une tumeur maligne. Cependant, sur l'avis de son médecin, la malade fut traitée électriquement par Bergonié, dans les conditions suivantes : courant galvanique continu, large électrode indifférente de 300 centimètres carrés placée dans le dos et reliée au pôle positif ; électrode hémisphérique de 15 centimètres de diamètre cuirassant entièrement le sein et se moulant complètement sur lui. L'intensité est progressivement amenée de 0 à 40 milliampères et, après quelques séances, à 50 milliampères. La malade, qui n'avait pas eu ses règles depuis quatre mois, les a vues reparaitre après les quatre premières séances ; depuis, elles se sont toujours montrées régulièrement. La tumeur a diminué progressivement et, après la trentième séance, la disparition était complète. La guérison persistait un an après.

IV

TUBERCULOSE

A la région mammaire, comme ailleurs, le processus tuberculeux aboutit à la formation d'abcès froids. Mais ces abcès ont ici une double origine ; les uns sont liés à la caséification de tubercules primitifs du parenchyme du sein ; on les appelle *abcès intra-mammaires idiopathiques* ou *primitifs* ; les autres ne sont que la propagation d'un foyer tuberculeux qui a son siège en dehors de la mamelle ; on les désigne sous le nom d'*abcès symptomatiques* ou *secondaires*.

Ces deux variétés ont des caractères anatomo-pathologiques très différents, bien qu'ils résultent de l'évolution d'un même processus. Il y a lieu, cependant, de ne pas accorder à leur étude une égale importance et de consacrer la plus large place à la description de la tuberculose mammaire primitive.

Anatomie pathologique et pathogénie (1). — Il est classique de distinguer deux formes de tuberculose mammaire : la *forme disséminée* et la *forme confluyente*. Entre les deux, existe, à notre avis, un type intermédiaire qu'explique parfaitement l'évolution des lésions ; car la forme confluyente peut aboutir à la forme disséminée, et inversement la forme disséminée devenir confluyente.

ÉTUDE MACROSCOPIQUE. — D'après L. Dubar (2), la mamelle n'est que faiblement augmentée de volume dans la *forme disséminée*. A la coupe, on aperçoit, épars dans le parenchyme, des noyaux isolés dont le volume varie de la grosseur d'un grain de mil à celui d'une noisette ou d'une amande ; leur coloration est jaunâtre ou grisâtre et rappelle la teinte de la châtaigne cuite. Une zone d'un gris blanchâtre, translucide, entoure un certain nombre d'entre eux. Leur consistance est variable. Les uns sont fermes, assez résistants ; d'autres sont friables, franchement caséux ; ce sont de véritables abcès froids multiples disséminés dans la glande. Tout autour de ces nodosités, existe une atmosphère d'induration fibreuse. Cette forme est rare.

Dans la *forme confluyente*, qu'on rencontre plus souvent, la mamelle est augmentée de volume et déformée par une tumeur bosselée, de la grosseur d'une noix ou d'une orange. A la coupe, le centre apparaît creusé d'anfractuosités irrégulières, reliées les unes aux autres par des conduits tortueux rappelant l'aspect diverticulaire d'une vieille fistule anale. Leur paroi, dont l'épaisseur varie de 1 millimètre à

(1) Pour l'histoire, voir : SABRAZÈS et BINAUD, Anatomie pathologique et pathogénie de la tuberculose mammaire, in *Arch. gén. de méd.*, mai et juin 1896.

(2) L. DUBAR (de Lille), Des tubercules de la mamelle, thèse de Paris, 1881.