

Les cellules géantes n'apparaîtraient, s'il faut en croire les auteurs, qu'au moment où les culs-de-sac glandulaires seraient englobés par le tissu de granulation.

Dubar considère les cellules géantes comme étant simplement des parois d'acini dégénérés, ou des sections de culs-de-sac glandulaires ou de conduits primitifs à lumière remplie de cellules embryonnaires détruites, tandis que la paroi, conservant une certaine vitalité, est représentée par une couronne plus ou moins confluyente de noyaux.

D'autres auteurs (Orthmann, Piskacek, Pierre Delbet, Adrien-W. Roux, Gaudier et Péraire, Walther et Pilliet) (1) n'hésitent pas à affirmer que les cellules géantes bien caractérisées sont directement issues des épithéliums, sans qu'ils s'expliquent d'ailleurs sur le processus de transformation. Müller (2) pense toutefois que les éléments glandulaires engendrent les cellules géantes par fusion de leur protoplasma.

Nous ne nous rallierons pas à ces interprétations, car nous ne sommes nullement autorisés à regarder comme des cellules géantes vraies les éléments décrits par Dubar et retrouvés sans peine par nous-mêmes (Sabrazès et Binaud). Elles n'ont qu'une simple analogie d'apparence; nous n'avons jamais réussi à voir autour des cellules géantes véritables — très nombreuses dans nos préparations — la membrane propre qui entoure normalement les acini; sa présence est invoquée comme un argument irréfutable par les partisans de l'origine intra-glandulaire du follicule tuberculeux. Mais ces auteurs ont exclusivement en vue les formes signalées plus haut et fidèlement reproduites dans la thèse de Dubar. Elles résultent de modifications banales dans l'architecture de l'acinus — cellules plus ou moins atypiques, conglomerées, détachées en bloc de la paroi, exsudats albumineux, etc. — comme il s'en produit dans beaucoup d'autres affections de la mamelle. Ces apparences, rarement trompeuses, ne rappellent que de très loin la structure des cellules géantes et n'ont aucun rapport avec l'histogénèse du tubercule.

Rien ne nous permet de penser que, dans la tuberculose mammaire, les cellules géantes dérivent des épithéliums sécrétoires. Les bourgeons glandulaires, émanés des acini, ne se transforment point en cellules épithélioïdes; il n'existe que des rapports de contiguïté entre eux et les tubercules qui sont généralement isolés, circonscrits par une bordure fibreuse infiltrée de leucocytes. Bien plus, nous avons constaté, sur nos coupes, que les cellules géantes résultent de la coalescence des grandes cellules mononucléaires qui, à l'état d'isolement, constituent les cellules épithélioïdes. Tous ces éléments sont des leucocytes ou encore des cellules dérivées du tissu conjonctif ambiant. D'ailleurs, alors même que nous aurions découvert

(1) WALTHER et PILLIET, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1895.

(2) MULLER, *Inaug. Dissert. Würzburg*, 1893.

une cellule géante bien authentique dans l'intérieur d'un acinus, nous ne croirions pas devoir conclure à son origine épithéliale; la pénétration des cellules migratrices dans les culs-de-sac de la glande serait la condition suffisante de son développement.

Nos recherches nous font croire que, dans la mamelle, les follicules tuberculeux se développent *aux dépens des cellules mésodermiques*.

Cette opinion, déduite de l'examen histologique, est confirmée par l'expérimentation et par les données de la pathologie comparée. (Sabrazès et Binaud.)

Chez la femelle du cobaye, nous avons déterminé par inoculation un chancre tuberculeux de la mamelle et nous avons ensuite retrouvé des lésions interstitielles et parenchymateuses tout à fait comparables à celles que nous avons exposées.

L'étude de la tuberculose mammaire des bovidés contribue également à éclairer cette question. D'après Straus (1), l'apport des bacilles dans les régions mammaires s'effectuerait grâce aux grands leucocytes mononucléaires entraînés par le courant sanguin dans les divers organes. Les bacilles, ainsi transportés jusqu'aux capillaires péri-acineux, échoueraient finalement — par diapédèse des leucocytes qui les englobent — dans le tissu conjonctif interstitiel, où se forme la granulation tuberculeuse, dans l'intervalle des culs-de-sac glandulaires. Les parois de ces culs-de-sac et leur revêtement épithélial sont ultérieurement compris dans le processus de nécrose et livrent passage aux bacilles qui pénètrent dans les conduits galactophores et se mêlent à la sécrétion lactée.

L'infection semble donc primitivement interstitielle et non glandulaire. Il faut ajouter que le lait ne contient point d'emblée des bacilles; ceux-ci n'apparaissent que tardivement, lorsque les parois des conduits galactophores se sont laissé ulcérer par l'extension des tubercules.

De même, chez la femme, le passage des bacilles dans le lait n'a lieu que s'il existe des tubercules de la mamelle et encore n'est-ce pas fatal. Si la tuberculose était — suivant l'expression consacrée et qui nous paraît inexacte — primitivement glandulaire, on trouverait des bacilles dans le lait, dès le début de la tuberculisation du sein. (Sabrazès et Binaud.) Or, chez la femme, comme chez les bovidés, il n'en est pas ainsi.

En dehors des cas où l'apport du germe à la mamelle se fait soit par contiguïté (côtes, cartilages costaux, sternum), soit par lésion bacillaire du mamelon, le foyer initial a des rapports plus ou moins éloignés avec la région mammaire.

L'adénopathie tuberculeuse précède souvent l'envahissement de la glande; elle peut même rester localisée longtemps aux ganglions

(1) STRAUS, *La tuberculose et son bacille*, Paris, 1895.



avant que le sein soit pris. Le fait est prouvé par les observations dans lesquelles la glande, d'abord intacte, a été ultérieurement infectée, alors que les ganglions axillaires étaient envahis.

Lorsque le contagium réside en dehors des régions péri-mammaires, dans un organe plus ou moins éloigné, l'apport des bacilles au contact des acini se fait par le mécanisme des embolies microbiennes provenant d'un foyer caséux quelconque (lésions pulmonaires, ostéite, tumeur blanche, abcès froid, etc.)

Doit-on réserver cliniquement le nom de tuberculose primitive aux cas où nulle affection bacillaire, après un examen complet, ne semble préexister dans l'organisme? Nous ne le pensons pas. Très fréquemment, en effet, dans le poumon, dans un ganglion bronchique, le bacille de Koch crée des lésions absolument *latentes*, qui échappent aux investigations les plus minutieuses et ne sont reconnaissables qu'à l'autopsie. Ainsi que de nombreux microbes, le bacille de Koch aurait alors la propriété de séjourner dans nos tissus sans déterminer des altérations grossières, comme tendent à le démontrer les faits signalés par Straus, Dieulafoy (1), Loomis (2), Pizzini (3), Frenkel (4) (de Lyon).

Il est permis de concevoir ainsi la possibilité d'une tuberculose mammaire primitive, indépendante de toute autre localisation; et les bacilles de Koch, restés jusque-là inactifs en un point quelconque de l'organisme, peuvent être emportés, avec les cellules migratrices qui les contiennent, dans les courants sanguin ou lymphatique et s'arrêter enfin dans les organes où sont réalisées les conditions favorables à leur fixation et à leur développement.

Mais ce n'est là qu'une hypothèse.

Pierre Delbet a recherché dans quelle proportion les sujets frappés de tuberculose mammaire étaient atteints de lésions bacillaires. Voici le résultat de ses investigations qui ont porté sur 26 malades: 10 avaient des tubercules dans le poumon; 4 avaient présenté ou présentaient des manifestations diverses (abcès froids, tuberculose péritonéale, pleurale ou articulaire); 12 enfin n'avaient de localisations qu'à la mamelle ou dans les ganglions axillaires correspondants.

En dehors des conditions étiologiques générales, les causes prédisposantes de la tuberculose mammaire sont: le sexe, l'état de la glande et le traumatisme.

On ne connaît que quelques cas de tuberculose du sein chez l'homme; presque tous ont été observés chez la femme. L'affection se montre généralement entre vingt-cinq et trente-cinq ans, c'est-à-dire pendant la période d'activité de la glande; cependant les grossesses et

(1) DIEULAFOY, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 30 avril 1895.

(2) LOOMIS, *Researches of the Loomis Laboratory*, 1890, vol. I.

(3) PIZZINI, *Zeit. für klin. Med.*, 1892, p. 329.

(4) H. FRENKEL, *Soc. des sc. méd. de Lyon*, 5 février 1896.

Dr. A. Carrillo.

Calle del Hable 49.

MONTERREY, N. L. MEX.

l'allaitement n'ont pas une influence très marquée sur son développement. Si Orthman et Habermas ont publié des faits où cette localisation s'est produite pendant l'allaitement, il y a aussi nombre d'observations où la puerpéralité ne doit pas être mise en cause. Dans le cas qui nous est personnel, il s'agissait d'une vierge, chez qui le traumatisme avait joué un rôle étiologique essentiel dans le développement de la tuberculose mammaire.

La topographie des altérations est subordonnée au mode d'inoculation de la mamelle.

Si le processus tuberculeux s'est propagé de proche en proche, la lésion initiale se trouve située en regard du foyer primitif extramammaire. « Une collection, dit Mermet, née de la face postérieure du sternum ou de ses bords latéraux, des cartilages ou des 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> côtes, dans leur segment antérieur, trouve là le tissu cellulaire lâche qui accompagne les rameaux perforants vasculaires ou nerveux, passe avec eux dans la boutonnière musculaire de l'intercostal externe (fossette présternale de Souligoux), puis du grand pectoral, et arrive à la face postérieure de la mamelle qu'elle aborde par une cloison interlobaire. »

Le point de départ de l'infection est-il dans les ganglions axillaires? Ce sera le segment adjacent à l'abcès ganglionnaire qui sera le premier pris.

La lésion initiale est-elle un chancre ou un ulcère tuberculeux du mamelon (obs. de Verchère, de Krammer)? La contamination s'exercera d'avant en arrière, englobant d'abord les conduits galactophores, puis les lobes antérieurs.

Enfin, l'envahissement par la voie circulatoire sera caractérisé par la localisation ou la dissémination des bacilles qui provoqueront des lésions multiples ou isolées dans l'une ou dans les deux glandes.

Quoi qu'il en soit, autour du tubercule initial dégénéré, le mal progresse dans le tissu conjonctivo-vasculaire ambiant et émigre le long des voies lymphatiques. Aussi ne faut-il pas être surpris de rencontrer des tubercules solitaires, microscopiques, à une distance relativement grande des parties depuis longtemps abcédées. (Sabrazès et Binaud.)

**Symptômes et évolution clinique** — La tuberculose mammaire peut demeurer silencieuse pendant toute la vie et n'être reconnue qu'à l'autopsie. Billroth a eu l'occasion d'examiner les mamelles d'une femme de vingt-six ans, entrée à la clinique pour une tuberculose pulmonaire et morte trois jours après. A la coupe, l'un des seins, à peine un peu plus gros que l'autre, était rempli de foyers caséux dont les plus petits étaient comme des grains de mil. En pareil cas, la tuberculose mammaire n'offre qu'un intérêt secondaire pour le clinicien.

Le début de l'affection est très variable; il est souvent fort obscur. Les malades s'aperçoivent par hasard que leur sein est le siège



d'une petite tumeur ayant grossi lentement, sans s'accompagner d'aucun trouble fonctionnel. Parfois, leur attention est attirée par des picotements ou par des douleurs plus ou moins vives qu'elles mettent sur le compte d'un traumatisme. Trois mois après avoir reçu un violent coup de tête sur la mamelle gauche, la malade de Sabrazès et Binaud ressentit de si vives douleurs dans cette région, qu'elle s'examina attentivement et constata la présence d'une petite tumeur de la grosseur d'une noisette.

Dans les cas relatés par Orthmann, Poirier et Krammer, le début paraît marqué par un chancre ou un ulcère tuberculeux situé au voisinage du mamelon; dans ceux de Verneuil et de Dubrueil, le premier signe qui attira l'attention, fut la « rétraction progressive du mamelon ».

Mais il est plus fréquent d'observer, comme signe prémonitoire, l'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle.

« Dans certains cas, dit Pierre Delbet, l'adénopathie tuberculeuse existe de nombreuses années avant que la mamelle soit envahie. Les ganglions ont suppuré, sont restés fistuleux, puis, à l'occasion d'une nouvelle poussée, ou même sans que rien de nouveau se passe du côté de l'aisselle, on voit une tumeur se développer dans le segment externe de la glande. C'est dans ces cas qu'on peut penser qu'il s'agit d'une lymphangite tuberculeuse rétrograde. Quoi qu'il en soit, les signes physiques diffèrent selon qu'on a affaire à la forme disséminée ou à la forme confluente. »

Dans la *forme disséminée*, de beaucoup la plus rare, la mamelle est à peine augmentée de volume; elle conserve son aspect normal. Seule, une palpation méthodique de la glande permet de reconnaître plusieurs noyaux disséminés de consistance ferme et peu douloureux. Ils grossissent très lentement, et ont même, d'après Dubar, une grande tendance à rester stationnaires. « Dans certains cas, quatre ans s'étaient écoulés depuis le moment où les malades s'en étaient aperçues, et le volume n'avait pas changé. »

Comme tous les tuberculomes, ces noyaux finissent par devenir caséux et par se faire jour à l'extérieur par plusieurs orifices qui restent fistuleux.

Dans la *forme confluente*, les nodosités, en se développant, fusionnent entre elles. Cette fusion s'opère sans réaction ou au contraire s'accompagne de phénomènes inflammatoires et douloureux parfois assez intenses. Chez une malade de L. Dubar, les douleurs étaient très vives, s'irradiaient dans le sein, dans l'épaule et jusque dans le coude et empêchaient même le sommeil. Les lésions de névrite interstitielle rendent compte de ces phénomènes douloureux.

La tumeur siège presque toujours dans la partie externe de la glande avec laquelle elle fait corps; elle est irrégulière, mamelonnée et sans limites précises; souvent on sent à côté d'elle une série de

nodosités secondaires de volumes divers qui paraissent l'encercler.

La consistance de la tumeur varie avec son degré d'évolution; elle est ferme, rénitente ou fluctuante selon la période à laquelle on l'examine.

Il en est de même de ses adhérences à la peau qui ne se produisent que par suite du progrès de son extension; glande et tumeur sont mobiles sur le plan profond; le mamelon est parfois rétracté.

L'adénopathie axillaire existe dans les trois quarts des cas; en explorant le creux de l'aisselle et l'espace sous-pectoral, on trouve un ou plusieurs ganglions volumineux, et Pierre Delbet a fait remarquer que la tuberculose ganglionnaire, secondaire à la lésion du sein, évolue plus rapidement que la tuberculose de cet organe et que les ganglions envahis les derniers suppurent les premiers.

« Parfois, ajoute-t-il, on sent entre la tumeur ganglionnaire et la tumeur mammaire une sorte de cordon noueux qui les relie l'une à l'autre. L'affection présente alors un caractère très spécial: tumeur mammaire irrégulière, bosselée, mobile; tumeur ganglionnaire volumineuse; entre les deux, cordon noueux, qui semble les prolonger et les réunir. L'aspect est encore plus frappant si l'une des deux tumeurs s'est ouverte spontanément et est restée fistuleuse. »

L'ouverture spontanée et la fistulisation sont en effet la terminaison habituelle de l'affection; elles se produisent généralement au bout de deux, trois ou cinq mois. Mais pendant la lactation, les lésions évoluent beaucoup plus vite. Chez deux malades de cette catégorie, observées par Habermas et Piskacek, l'abcès froid s'est ouvert spontanément au bout de trois semaines.

La région présente alors, dit Dubar, une physionomie caractéristique. Sur une partie du sein volumineux dans son ensemble, existe une bosselure plus accusée, au niveau de laquelle se voient une ou plusieurs fistules. Sur la paroi antérieure de l'aisselle, se trouvent également des orifices à bords fongueux, placés au centre des tuméfactions circonscrites de la paroi. Autour d'eux la peau est rougeâtre et violacée; elle adhère dans un certain rayon aux parties sous-jacentes et cette adhérence peut, lorsqu'elle siège au voisinage du mamelon, en déterminer l'enfoncement. En arrière des fistules, la palpation fait reconnaître des indurations plus ou moins étendues.

En explorant les trajets fistuleux, on trouve qu'ils sont très peu profonds au niveau de l'aisselle, tandis que le stylet s'enfonce de 2 à 4 centimètres, dans l'épaisseur de la mamelle. Cette exploration n'est pas douloureuse et ne provoque pas d'écoulement sanguin notable.

La marche est lente, bien que continuellement extensive; si l'on n'intervient pas, la glande tout entière peut être détruite par le processus: c'est donc, par cela même, une affection sérieuse.

Une autre question importante a trait au *pronostic*. On s'est



demandé si la tuberculose mammaire avait des chances d'infecter rapidement l'organisme et quel était son rang de gravité parmi les tuberculoses externes. Jusqu'à présent, nos documents sont insuffisants pour trancher cette question. Voici, à titre de renseignements, quelques chiffres donnés par Pierre Delbet. Sur 6 malades suivies après l'opération, 2 seulement ont été revues bien portantes, l'une neuf mois, l'autre trois ans après. Des 4 autres, 2 sont mortes de tuberculose pulmonaire; il est vrai que, pour l'une, il n'est pas sûr que l'affection ait été primitive. Des 2 dernières, l'une a eu une récurrence dans le même sein après une grossesse, l'autre a eu le côté opposé envahi deux ans après.

**Diagnostic.** — Si le diagnostic de la tuberculose mammaire est assez aisé à établir à la période terminale, il est, par contre, très difficile à poser pendant le cours de son évolution. Il est même impossible à son début, au dire d'Habermaas. Les difficultés diminuent à mesure que le processus progresse.

Lorsque la tumeur est encore de consistance ferme, ses caractères physiques présentent les plus grandes analogies avec un noyau de mammite chronique vulgaire ou un cancer au début; l'état des ganglions fournit seul des renseignements de quelque utilité. Quand ils sont indemnes et que la malade n'est point entachée de tuberculose, le diagnostic n'est guère possible. Le développement rapide des ganglions, leur volume énorme sont en faveur d'une affection bacillaire, mais il faut avouer que ces éléments d'appréciation n'ont souvent qu'une médiocre valeur, tant ils prêtent à la critique. Garre et Gassmann n'ont-ils pas signalé des cas d'adénite tuberculeuse de l'aisselle coïncidant avec des noyaux de simple induration chronique de la mamelle?

L'adénopathie axillaire acquiert cependant une certaine signification lorsqu'elle précède la tumeur mammaire; elle plaide alors pour une affection bacillaire. D'après quelques auteurs et pour Delbet en particulier, « lorsque, entre les tumeurs axillaires et mammaires, il existe un cordon noueux, perceptible, qui les relie, on peut diagnostiquer la tuberculose mammaire ». Mais il faut se garder de prendre trop à la lettre cette donnée clinique, car les causes d'erreur sont nombreuses et il y a des formes de cancer qui se présentent dans les mêmes conditions.

La suppuration des ganglions de l'aisselle, surtout des derniers envahis, donne des indications plus précises.

Les difficultés diminuent lorsque la tumeur est en voie de ramollissement et qu'elle devient rénitente. Encore est-il fréquent de la confondre avec les néoplasmes, car, ainsi que l'ont fait remarquer A. Bérard, Nélaton, Reclus, la collection purulente conserve une « dureté ligneuse tant que l'abcès reste entouré d'une coque glandulaire ».

En somme, qu'il s'agisse d'un abcès froid tuberculeux ou d'un abcès chronique simple, on se heurte aux difficultés signalées à propos des inflammations chroniques du sein; le diagnostic demeure hésitant, à moins que l'adénopathie ou une tare bacillaire n'éveille l'attention. On basera donc son appréciation sur la recherche des conditions étiologiques, sur la marche de l'affection et sur l'étude attentive des ganglions, car il n'y a pas véritablement de signes pathognomoniques. Aussi la dernière ressource est-elle la ponction ou l'incision exploratrices, qui éclaireront sur la nature du contenu en permettant l'examen histo-bactériologique.

Certains signes différencient les abcès froids idiopathiques des abcès froids symptomatiques intra-mammaires.

Les observations tendent à prouver que le siège de prédilection de la tuberculose secondaire est le segment interne de la mamelle, la tuberculose primitive se localise de préférence dans le segment externe de la glande.

Un autre caractère est fourni par les ganglions. D'après Mermet, dans la tuberculose secondaire l'adénopathie axillaire est rare, car ce sont les ganglions mammaires internes qui sont engorgés. Dans les cas douteux, Jacques (1) (de Nancy) conseille d'explorer la cage thoracique; la constatation d'un cordon fibreux étendu de la tumeur aux extrémités sternales des côtes épaissies en ce point est l'indice d'un abcès froid ossifluent.

A la période des fistules mammaires et ganglionnaires, le diagnostic devient très facile; l'examen bactériologique du pus et l'exploration au stylet ne seront pas négligés.

**Traitement.** — La tuberculose mammaire sera traitée aussi promptement que possible à cause de sa marche envahissante. Plusieurs des méthodes employées pour le traitement des tuberculoses chirurgicales (Voy. Le Dentu, t. I, p. 349) seraient utilement appliquées; mais, comme l'affection n'est pas diagnostiquée à son début, il en est quelques-unes, telles que la compression, les injections interstitielles, dont elle ne saurait bénéficier.

On n'est guère appelé à intervenir qu'à la période d'état, lorsque la tumeur est ramollie ou abcédée, et l'on n'oubliera pas que, même dans la forme confluyente, il y a fréquemment des granulations tuberculeuses plus ou moins distantes des parois du foyer principal.

Cette distribution topographique variable des lésions rend compte de l'inefficacité de l'incision suivie ou non de curettage. Cette méthode, qui donne de si heureux résultats dans d'autres variétés de tuberculoses externes, n'amène pas toujours la guérison définitive, car on n'est jamais sûr de détruire tous les foyers. Nous estimons

(1) JACQUES, *Rev. méd. de l'Est*, 1893, t. XXV, p. 396.



avec P. Delbet que l'extirpation large, au bistouri ou aux ciseaux est la méthode de choix.

Dans la forme confluyente, il faut dépasser les limites de la tumeur, c'est-à-dire tailler en plein tissu sain et tenter la réunion par première intention.

Lorsqu'on a affaire à la forme disséminée ou lorsque, près de la tumeur principale, il existe des tumeurs secondaires, on fera l'amputation totale et le curage de l'aisselle; on traitera le sein tuberculeux comme le sein néoplasique et on lui appliquera les mêmes méthodes chirurgicales.

Au reste, dans les cas douteux on aura recours surtout au procédé suivant, préconisé par Gaillard Thomas et D. Mollière (1). L'incision est pratiquée sous le sein, dans le sillon sous-mammaire; l'organe est soulevé, la bourse sous-mammaire est ouverte et c'est à travers cette bourse que la tumeur est attaquée par sa face profonde. La mamelle est en quelque sorte retournée pendant l'opération et, par cette incision, on enlève une notable portion de la glande, toute la glande même; le sein, abandonné à lui-même, retombe et la cicatrice reste cachée dans le sillon sous-mammaire.

Les méthodes radicales n'ont donné jusqu'ici que des succès; chez notre malade, la guérison persistait trois ans après l'intervention.

Le traitement des abcès froids intra-mammaires s'adresse à la lésion osseuse originelle et à l'abcès par congestion. Dans le premier cas, la thérapeutique est celle de toute ostéite tuberculeuse; dans le second, l'idéal est d'extirper la poche et de tenter la réunion par première intention. Mermét a rapporté quatre succès dus à cette méthode. Lorsque l'excision est impossible, il faut pratiquer l'incision de l'abcès, le curetter et faire ensuite des attouchements au chlorure de zinc ou au naphthol camphré. Cette seconde méthode, bien que plus lente, donne également de bons résultats.

## V

## SYPHILIS

La syphilis peut frapper le sein de quatre façons différentes. Les lésions sont parfois superficielles, cutanées, et on y rencontre tantôt l'*accident primitif*, le *chancre*, tantôt des *accidents secondaires*; d'autres fois, le mal siège plus profondément, dans le tissu cellulaire ou même dans la glande, et l'on a affaire soit à des *lésions tertiaires*, soit

(1) Daniel MOLLIÈRE, Leçons de clinique chirurgic., p. 411.

à de la *syphilis congénitale*. Tel est l'ordre que nous suivrons dans cette étude.

Nous ajouterons quelques mots sur le *chancre simple* du sein, bien qu'il s'agisse là d'un accident non syphilitique.

I. **Accident primitif ou chancre du sein.** — L'histoire du chancre du sein date de l'apparition de la vérole. C'est un des plus anciennement connus des chancres extra-génitaux. « *Sæpius vidi infantem infectum hoc morbo multas nutrices infecisse,* » disait Torrella en 1497. Amatus Lusitanus, Brassavole, Rondelet et d'autres encore ont cité, dès le xvi<sup>e</sup> siècle, des nourrices infectées par des nourrissons syphilitiques.

L'observation de A. Paré est classique et nous montre bien la gravité de ces cas au point de vue de la contagion. « Celle nourrice avoit la verolle et la bailla à l'enfant, et l'enfant à la mère, et la mère au mary, et le mary à deux autres petits enfants qu'il fesoit ordinairement boire et mangier, et souvent coucher avec lui... Or, la mère m'envoya quérir pour connoître la maladie de l'enfant, qui ne fust difficile à juger, d'autant qu'il estoit couvert de boutons et pustules et que les testins de la nourrice estoient tous ulcérés; pareillement ceux de la mère, ayant sur son corps plusieurs boutons, semblablement le père et les deux petits enfants. Lors déclaray au père et mère qu'ils estoient tous enlaibez de la verolle, ce qui estoit provenu de la nourrice; lesquels j'ay traicté, et furent tous guaris, reste le petit enfant qui mourust; et la nourrice eust le foüet sous la custode, et l'eust eu par les quarrefours, n'eust esté la crainte de deshonnorer la maison (1). »

Depuis, tous les syphiliographes ont étudié le chancre du sein et Fournier (2) a traité longuement cette question. C'est d'après le travail du maître que nous rédigerons toute cette première partie.

L'*étiologie* du chancre mammaire diffère selon qu'il apparaît chez l'homme ou chez la femme.

Chez l'homme, c'est « généralement un vieux monsieur » (Fournier), qui voit à la suite de caresses féminines, se développer un chancre sur son sein. Quelquefois, cependant, malgré un interrogatoire minutieux, on ne trouve pas la porte d'entrée. C'est pour des cas de ce genre, ainsi que l'a dit Heath, que le chirurgien « doit avoir la bouche fermée et l'œil ouvert ».

Chez la femme, le chancre de la mamelle est bien plus fréquent et, dans 15 cas sur 16, c'est à l'époque de la lactation qu'on le rencontre. Rarement, c'est une de ces matrones faisant métier de téter les nourrices pour leur parfaire les bouts des seins ou pour leur dégorger les glandes, qui, ayant des accidents buccaux, inocule la vérole à ses

(1) Ambroise PARÉ, Œuvres, Édition Malgaigne. Paris, 1840. Dix-neufiesme livre, traictant de la grosse Verolle.

(2) Alfred FOURNIER, Les chancres extra-génitaux. Paris, 1897.