

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. « *Icelle 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.



clientes. Telles furent les épidémies classiques de syphilis de Condé(1) et de Turcoing (2). Mais, presque toujours, c'est le nourrisson atteint de syphilis acquise — fait rare, — ou héréditaire, — fait bien plus fréquent — qui contamine sa nourrice. C'est que, sur le mamelon macéré par la salive, souvent atteint de gercures ou d'excoriations, le virus s'inocule d'autant plus sûrement que le contact avec la bouche contagieuse dure plus longtemps.

D'une façon exceptionnelle, le chancre apparaît sur le sein de la femme en dehors de l'allaitement. Nous retrouvons ici les caresses, comme chez l'homme; c'est la contagion « par le nourrisson adulte », comme disait Ricord. Tel est le cas de ce jeune homme du grand monde, dont Fournier rapporte l'histoire, qui, en sortant d'une soirée, embrasse une jolie veuve sur les seins et lui donne ainsi quatre chancres. D'autres fois, un pénis égaré entre les deux mamelles a pu laisser comme trace de son passage un ou plusieurs chancres siégeant toujours alors, soit dans la région inter mammaire, soit sur la face interne du sein. (Ricord.)

Quelle est la fréquence du chancre de la mamelle?

Chez l'homme, il est tout à fait exceptionnel, et sur 1773 accidents primitifs, Louis Jullien ne note pas une fois la région mammaire (3).

Mais, chez la femme, sa fréquence est bien plus grande; à l'Antiquaille, Dron l'a vu 107 fois, en dix ans, siéger au sein; Louis Jullien en trouve 11 cas sur 270 chancres et Dimey, en une seule année (1890), à Saint-Louis, en rapporte 4 sur 42 (4).

Si l'on compare le chancre du sein aux autres chancres extra-génitaux, la proportion devient plus considérable; Dimey, donnant la statistique de Fournier de 1886 à 1890, en signale 52 sur 720 siégeant en dehors de la zone génitale. Il en trouve 51 sur 263 chez la femme, où le chancre du sein arrive, comme fréquence, immédiatement après celui des lèvres.

Le chancre du sein a-t-il quelques symptômes spéciaux?

Cliniquement, il se présente avec les caractères classiques. Après une période d'incubation de vingt à vingt-cinq jours, une ulcération insignifiante se développe au point inoculé; bientôt elle s'agrandit, offre les caractères d'une lésion érosive dont les bords, sans arête, se continuent avec la peau saine; son fond est rouge, uni, lisse, comme vernissé, et repose sur une induration parcheminée.

Morel-Lavallée a vu une malade atteinte de chancre mammaire dont s'écoulait, par trois pertuis, un liquide lactescent, lorsqu'on

(1) F. BOURGOGNE, Considérations générales sur la contagion de la maladie vénérienne des enfants-trouvés à leurs nourrices, suivies de la relation d'une affection syphilitique communiquée à plusieurs femmes par la succion du sein. Lille, 1825.

(2) LELOR, Leçons sur la syphilis, 1886.

(3) LOUIS JULLIEN, Traité pratique des maladies vénériennes. Paris, 1886.

(4) J. DIMEY, Étude sur le chancre syphilitique du sein, thèse de Paris, 1891.

pressait sur la glande. L'examen microscopique démontra que c'était du lait provenant de l'ulcération de conduits galactophores aberrants.

Ce n'est que rarement qu'on observe au sein les formes croûteuse, papuleuse ou ulcéreuse; mais il en est d'autres qui, bien que peu fréquentes, affectent des allures particulières. Tels sont les chancres semi-lunaires, qui encadrent une partie de la base du mamelon; les chancres fissuraires, qui simulent de simples crevasses, et enfin exceptionnellement les chancres phagédéniques, qui peuvent détruire complètement le bout du sein. Ils s'étendent tantôt en surface, tantôt en profondeur (1).

Voici par ordre de fréquence, le siège de l'accident primitif du sein: 1° la base du mamelon; 2° le sillon qui sépare le mamelon de l'aréole; 3° le mamelon; 4° l'aréole. Quant au chancre du globe mammaire, il est exceptionnel et nous avons dit qu'il reconnaît ordinairement une cause vénérienne.

Le chancre du sein est souvent multiple, mais discrètement multiple, comme on l'a dit. La même malade en a 2 ou 3, rarement plus. Cependant, on voit parfois des chancres multiples herpétiformes, comme dans un cas de Fournier où il en existait 23 (2), et dans un autre de Beurmann, cité par Dimey, où l'on en comptait 25. Fournier, sur 100 cas de chancres mammaires, trouve 61 fois un chancre unique et 39 fois des chancres en plus ou moins grand nombre; Rollet en cite 39 multiples sur 87 cas, et Audoynaud 26 sur 51 observations, soit plus de moitié.

On a dit que le chancre puerpéral était souvent multiple, tandis que celui qui est dû au baiser est unique. Cette proposition est généralement vraie, mais elle n'est pas absolue.

Un autre symptôme spécial de l'accident primitif de la vérole, lorsqu'il siéger au sein, c'est l'adénopathie qui l'accompagne. Ce bubon a tous les caractères de l'adénite syphilitique primitive, mais les ganglions envahis sont ceux qui sont situés dans l'angle formé par les pectoraux et le grand dentelé.

L'évolution est classique et, après cinq ou sept semaines, l'affection est terminée localement, mais les accidents secondaires commencent à apparaître dès cette époque.

Le diagnostic du chancre mammaire est presque toujours facile, lorsqu'on le voit à son état de complet développement; son aspect, sa base indurée et son adénopathie le font aisément reconnaître. Mais, tout à fait à son début, « il n'est pas de diagnostic possible sur une

(1) Voir à l'hôpital Saint-Louis, pour le phagédénisme en surface, la pièce de Quinquaud, n° 1556 de la collection générale, et pour le phagédénisme en profondeur ou térébrant, la pièce n° 156 de la collection particulière de Fournier.

(2) Voir la pièce 275 de la collection particulière de Fournier, à l'hôpital Saint-Louis.



telle lésion », comme le dit Fournier. C'est une très légère élevation cutanée, ronde, d'un rouge sombre, à centre très rapidement érosif. C'est dire qu'il ressemble aux érosions les plus bénignes, herpès, acné, impétigo, etc., même pour le spécialiste le plus autorisé, « s'appellerait-il Ricord » (Fournier). Pourtant pour éviter la contagion, c'est à cette époque qu'il serait utile de le dépister. Aussi, en cas de doute, méfiez-vous de la moindre ulcération chez une nourrice, surtout si vous apprenez qu'elle a donné le sein à un nourrisson suspect.

A une période plus avancée, mais avant l'apparition de l'adénopathie, il y a encore un diagnostic important à faire avec la *fissure du sein*. « Le chancre dit fissuraire constitue son véritable Sosie », et, lorsqu'on méconnaît un chancre du sein, c'est presque toujours cette forme qu'il affecte, car aucun signe ne permet de distinguer les deux lésions d'une façon absolue. Au début, l'induration est souvent insignifiante dans le chancre, tandis que la simple fissure offre parfois une base rénitente. Bien qu'on ait prétendu le contraire, le chancre peut saigner, lorsqu'il est irrité par la succion, comme une fissure banale. Pour la même raison, il devient quelquefois douloureux, alors que certaines fissures naissantes sont encore peu sensibles. Cependant, l'indolence est un des meilleurs signes pour diagnostiquer le chancre. C'est dire qu'avant l'apparition de l'adénopathie et des accidents secondaires, le praticien restera souvent dans le doute.

Enfin, la lésion peut être circulaire, à la base du mamelon et ne pas être plus visible que certaines formes de fissures du sein. Pour la voir et la reconnaître, il est parfois indispensable de déplier le sillon qui sépare la papille de l'aréole.

Lorsque l'accident primitif a atteint son complet développement, on l'a confondu avec l'*épithélioma du sein*. Claude, Dimey, Feulard (1), ont cité des malades qui allaient être opérées pour un cancer, tandis qu'elles étaient atteintes d'un chancre du sein. C'est là une erreur inexcusable, car l'épithélioma met des mois avant de s'ulcérer et de s'accompagner de ganglions axillaires. D'ailleurs, en cas de doute, les accidents secondaires viendraient bientôt affirmer la nature de la lésion.

Après sa cicatrisation, existe-t-il des signes permettant de reconnaître le chancre induré ?

Pospelow (2) prétend que lorsque le chancre a siégé sur le mamelon lui-même, celui-ci reste pendant quelque temps plus dur et plus saillant que son congénère. S'est-il montré à la base du mamelon ? Il le repousse du côté opposé et cette déviation existe tant que dure l'induration. Celle-ci persiste plus ou moins longtemps, surmontée par une macule d'un rouge sombre. L'adénopathie survit aussi à l'acci-

(1) CLAUDE, Étude sur la syphilis du sein, thèse de Paris, 1886. — FEULARD, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1886.

(2) POSPELOW, *Archiv für Dermatol.*, 1889.

dent primitif. Mais, lorsqu'on attend trop longtemps, ces symptômes disparaissent et on ne pourra établir son diagnostic que sur l'interrogatoire et la présence des accidents secondaires de la vérole.

Avec Fournier, nous étudierons le *pronostic* du chancre mammaire à trois points de vue différents : pronostic local, général et social.

*Localement*, le chancre mammaire n'offre rien de spécial. En 1887, Nivet a insisté, dans sa thèse, sur la lymphangite aiguë pouvant avoir comme origine un chancre du sein. Hunter (1) a vu « plusieurs petits ulcères se former autour du mamelon et finir par le détruire ». D'autres cas analogues ont été observés depuis. Signalons encore le phagédénisme, bien qu'il soit exceptionnel.

Au point de vue *général*, la syphilis prise par le sein est grave, ainsi que l'a démontré Celso Pellizzari (2), mais ce pronostic sombre n'est pas dû à la localisation du chancre à la mamelle; c'est dans le terrain, c'est-à-dire dans l'état de santé de la malade, qu'on doit en rechercher l'explication. La grossesse et l'allaitement sont des causes physiologiques de débilitation, qui aggravent toutes les maladies générales (tuberculose, fièvre typhoïde, etc.) Ajoutez à cela que les nourrices mercenaires se recrutent dans les pays pauvres où souvent elles vivent dans la misère et que, d'autre part, le chancre du sein passe fréquemment inaperçu : par suite, les malades ne se soignent pas, laissant la syphilis évoluer librement.

C'est encore pour cette dernière raison que le pronostic *social* est grave et que ces syphilis font si souvent « *ricochets* », comme disent les syphiliographes. Nous avons déjà parlé du cas de A. Paré. Dans l'épidémie de Condé, rapportée par Bourgogne, il y eut douze ou quatorze victimes; celle de Turcoing, dont Leloir a raconté l'histoire, en fit plus de vingt. Au siècle dernier, Raulin (3) nous a laissé la relation d'une épidémie célèbre, qui fit grand bruit sous le nom de *Pian de Nérac*; plus de quarante personnes prirent la vérole. Mais aucune n'eut des effets aussi terribles que celle de Capistrello, « dans laquelle une nourrice fut l'origine première de trois cents contaminations qui se produisirent dans une petite localité d'Italie ».

Le *traitement* du chancre n'offre au sein rien de particulier. Aussitôt le diagnostic établi, on instituera le traitement spécifique. Loca-

(1) HUNTER, Traité de la maladie vénérienne, 1786, et édition Ricord, 1859.

(2) CELSO PELLIZZARI, Della trasmissione accidentale della syfilide, studio pratico. Milano, 1882, et *Annales de dermat. et de syphil.*, 1883.

(3) Voici l'histoire résumée de cette épidémie. Une nourrice syphilitique infecte l'enfant d'un commerçant de Nérac. Le nourrisson confié à plusieurs nourrices les contagione à son tour. Celles-ci donnent alors la syphilis à leurs nourrissons et ces derniers transmettent le mal à d'autres nourrices. De sorte qu'en quelques mois « plus de quarante femmes ou enfants étaient malades, sans parler de quelques hommes et sans y comprendre tous ceux et celles en qui le mal ne s'était pas encore manifesté et d'autres que la honte empêchait d'avouer qu'ils en étaient atteints, à cause que le public le regardait comme une maladie vénérienne. » RAULIN. Observations de médecine, 1754.



lement, l'ulcération sera maintenue très propre, saupoudrée de calomel ou d'iodoforme et recouverte d'un pansement protecteur. Enfin, on n'oubliera pas que si le chancre mammaire donne une vérole grave, c'est que la grossesse et l'allaitement sont, pour la femme, des causes de débilitation. Il faudra donc prescrire un régime tonique, propre à relever l'état général.

**II. Accidents secondaires.** — Les accidents secondaires de la syphilis offrent moins d'intérêt que le chancre; presque toujours ce sont des lésions banales : *roséole, papules, taches*, etc.

Les *syphilides muqueuses du mamelon*, bien qu'assez rares, nous arrêteront davantage, car souvent elles se présentent sous forme de fissures, d'érosions allongées, simulant d'une façon remarquable les crevasses simples qu'on rencontre chez les nourrices. Le diagnostic est d'autant plus difficile que l'allaitement prédispose les femmes syphilitiques aux syphilides muqueuses du mamelon, par suite de l'humidité et de l'irritation que cause la bouche du nourrisson. Cependant ces accidents peuvent survenir en dehors de la lactation. Claude en a rapporté un remarquable exemple dans une observation que lui a communiquée Balzer. Sa malade avait eu un chancre du mamelon méconnu et traité pendant un mois par des cataplasmes en permanence. Quand elle se présenta à Lourcine, elle portait « sur toute l'aréole et à une distance de 4 centimètres autour, sur la peau du sein, une couronne de papules confluentes, depuis la grosseur d'un grain de mil jusqu'à celle d'une lentille. Les papules situées sur l'aréole sont larges, aplaties, rouges, humides et fissurées à leur surface. Celles de la peau du sein, au contraire, sont petites, sèches et desquament légèrement à leur sommet ». Le mamelon malade avait un volume double de celui du côté sain. Sa base offrait une petite fissure peu profonde, sans induration périphérique.

Parmi les accidents secondaires, nous devons signaler encore les *syphilides muqueuses sous-mammaires*. Elles se produisent chez les femmes grasses, à mamelles volumineuses et pendantes. C'est qu'il existe, dans le sillon pectoro-mammaire, des conditions spéciales de chaleur et d'humidité qui, jointes à la finesse de la peau, prédisposent les femmes saines, mais malpropres, à l'intertrigo et celles qui sont syphilitiques aux plaques muqueuses. Celles-ci peuvent constituer des nappes hypertrophiques considérables, comme dans une observation de Fournier (1) citée partout. Chez cette malade, les lésions s'étendaient du sternum à l'aisselle, en contournant le sein. Le thorax était recouvert de bourgeons végétants hauts de 10 à 15 centimètres. On se serait cru en présence d'un cancer en cuirasse arrivé à la période d'ulcération.

Parmi les accidents secondaires qui nous intéressent, nous citerons

(1) Alfred FOURNIER, De la syphilis chez la femme. Paris, 1873.

*l'analgésie dite syphilitique* du sein. Fournier a insisté le premier sur les zones anesthésiques qu'on rencontre si fréquemment pendant la période secondaire de la syphilis au dos de la main et sur la mamelle. Les malades ne perçoivent plus la piqûre, même profonde, dans ces régions.

Rendu (1) se demande si ces symptômes ne doivent pas plutôt être mis sur le compte de l'hystérie. C'est au moins vraisemblable, car l'anesthésie du sein est fréquente chez les femmes hystériques et la syphilis provoque des signes d'hystérie chez les malades prédisposées à cette dernière affection.

**III. Accidents tertiaires.** — Les accidents tertiaires de la syphilis semblent connus depuis le siècle dernier, sous le nom de *cancer vérolé des mamelles*. Boissier de Sauvages (2) en rapporte deux observations dans sa *Nosologie méthodique*. Astruc leur considère deux périodes : « Ce cancer sera *occulte*, tant que la matière épaisse demeurera tranquille; mais, si elle vient à se raréfier, et qu'elle distende et déchire la tumeur, ce sera alors un cancer *ouvert et ulcéré*. » Vers la même époque, nous voyons dans les tomes premier et neuvième du *Journal de médecine*, deux cas de cancer du sein guéris, l'un par les frictions mercurielles, l'autre par l'éthiops minéral et la racine de gaïac. On trouvera, dans la thèse de Claude, l'indication des observations publiées depuis.

La syphilis tertiaire revêt à la mamelle deux aspects différents. Tantôt elle forme une tumeur *limitée*, tantôt, au contraire, elle frappe la glande d'une façon *diffuse* et simule une mastite. D'après les observations publiées, la vérole attaque rarement le sein, à la période des accidents tertiaires, et c'est à peine si l'on en signale une quarantaine de cas jusqu'à ce jour. Il en existe certainement davantage et cette pénurie tient surtout à ce qu'on fait, à leur sujet, des erreurs de diagnostic.

Quelles sont les causes qui déterminent la syphilis tertiaire à se fixer à la mamelle?

Troncin croyait que les accidents tertiaires ne siégeaient au sein que lorsque l'accident primitif s'y était développé. Cette opinion est quelquefois vraie pour les accidents secondaires, mais elle est absolument fautive lorsqu'il s'agit des gommés. Il suffit de parcourir les observations pour s'en convaincre.

On a dit encore : La montée du lait, ou plutôt la grossesse, en rendant la glande active, crée, chez les syphilitiques, une prédisposition aux lésions de même ordre. Ce raisonnement est logique. Aussi est-on étonné de ne rencontrer cette pathogénie d'une façon incontes-

(1) RENDU, Des analgésies. Thèse d'agrégation, 1875.

(2) Des deux observations citées par de Sauvages, la première paraît être un cancer vrai développé chez une syphilitique; mais la seconde est nette. La lésion siégeait aux deux mamelles et guérit rapidement par l'usage des mercuriaux.



table que dans un seul cas : celui de Pozzi. La tumeur, grosse comme une amande, dure comme de l'ivoire, indépendante de la peau et mobile sur les plans profonds, s'était développée chez une femme syphilitique aussitôt après l'accouchement, bien que la montée du lait ne se fût point faite. Elle guérit rapidement par le traitement ioduré.

Le traumatisme est quelquefois invoqué comme cause de syphilis tertiaire; une malade que Segond a observée rapportait l'origine de son mal à une piqûre d'aiguille.

Les deux formes de la syphilis tertiaire diffèrent cliniquement; il est donc nécessaire de donner une description de chacune d'elles.

1° FORME CIRCONSCRITE. — Tantôt la gomme est sous-cutanée, tantôt elle naît dans le parenchyme de la glande. Dans son évolution, elle simule plutôt les tumeurs du sein. Claude, dans sa thèse, n'en a réuni que 23 cas.

Elle apparaît généralement quatre ou cinq ans au moins après le chancre, rarement plus tôt; c'est donc un accident tardif. Elle est bien plus fréquente chez la femme, comme la plupart des maladies du sein, et sur les 23 observations rapportées par Claude, il n'y a que 5 hommes.

L'anatomie pathologique de cette forme n'offre rien de particulier; elle n'est connue que par les deux autopsies de Verneuil (1) et de Hennig (2) et, dans ce dernier cas, la tuméfaction comprimait légèrement les canaux galactophores. Dittrich a décrit, dans le tissu cellulaire de la région mammaire, des gommés arrondies ou rameuses, d'un jaune gris et fauve, molles au centre, résistantes à la périphérie. Elles étaient enkystées dans un tissu calleux, très épais.

Elles siègent presque toujours au voisinage du mamelon. Souvent uniques, on les a vues parfois en assez grand nombre : deux (Alfred Fournier), huit (Verneuil).

Leur évolution comprend trois périodes : 1° période de crudité; 2° période de ramollissement et d'ulcération; 3° période de réparation.

Le début est insidieux et se fait sans douleurs. C'est par hasard que la malade s'aperçoit qu'elle porte au sein une tumeur dure, assez petite et mobile sur les téguments et sur les plans profonds. La peau qui la recouvre est souple, d'aspect normal; quelquefois la circulation veineuse y est légèrement exagérée. Les ganglions de l'aisselle ne sont pris qu'exceptionnellement.

La gomme reste ainsi pendant des semaines et même des mois; mais bientôt, si elle n'est pas traitée, elle passe à la deuxième période. Elle augmente de volume, se ramollit au centre, tandis qu'elle adhère à la peau. Celle-ci devient rouge, violacée, s'amincit et laisse nettement percevoir la fluctuation. Elle est bientôt perforée et, par l'orifice,

(1) VERNEUIL, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1855.

(2) HENNIG, *Zur Pathol. der weiblich. Milchdrüsen (Arch. für Gynæk., 1871)*.

s'écoule un liquide brunâtre et visqueux. L'ulcération est formée; il y a une cavité gommeuse.

La lésion offre alors un aspect spécial. L'ulcération est plus ou moins étendue, quelquefois douloureuse; sa forme est assez régulièrement circulaire et ses bords sont minces et violacés. Ils semblent avoir été taillés en biseau aux dépens de leur face profonde. Il existe donc, dans toute cette zone, une sorte de rigole qui entoure la plaie. L'ulcère est grisâtre, d'aspect bourbillonneux et repose sur une base indurée. Il s'écoule une petite quantité de liquide coloré et d'odeur repoussante. Dans l'aisselle, les ganglions sont envahis.

Dès que le traitement est institué, le mal régresse. L'ulcération se déterge, offre un meilleur aspect, perd son odeur fétide et bientôt il ne reste plus qu'une cicatrice indélébile, parfois chéloïdienne (Vidal). Dans un cas d'Ostermayer (1), il persista pendant assez longtemps un trajet fistuleux de plusieurs centimètres de profondeur.

Le *diagnostic* de la forme gommeuse doit être fait avant et après l'ulcération.

Avant l'ulcération, on la confondra avec une *tumeur du sein* au début. Le diagnostic sera surtout difficile si des adhérences à la peau commencent à se produire. Il s'agit, dans les deux cas, d'une tumeur indolente, à évolution lente et progressive. Cependant, en quatre à six semaines, la gomme peut déjà avoir le volume d'une pomme, ce qui ne se voit jamais dans le cancer. En outre, on interrogera avec grand soin le passé des malades; on procédera à un examen clinique minutieux afin de déceler les restes de la syphilis (exostoses, cicatrices syphilitiques, éruptions cutanées, gommés dans d'autres régions, etc.). Souvent on sera obligé d'avoir recours au traitement spécifique. Claude rapporte deux faits dans lesquels on épargna à des malades une intervention sanglante. Mais on se souviendra qu'il est des cas complexes et que la syphilis ne met pas à l'abri du cancer. Bien plus, Verneuil, dans la thèse de son élève Landreau, a cité des observations dans lesquelles existaient des lésions cancéreuses greffées sur la vérole. Il obtint une amélioration passagère par le traitement, mais bientôt le cancer reprit sa marche envahissante. Telle était encore la première observation rapportée par de Sauvages.

La *tuberculose mammaire* se distinguera de la syphilis surtout par l'apparition précoce de l'adénite axillaire et par les antécédents.

À la *période d'ulcération*, c'est encore avec le *cancer ulcéré* que le diagnostic sera à faire. Dans les deux cas, c'est une plaie de mauvais aspect, d'odeur fétide, à douleurs lancinantes, s'accompagnant de ganglions axillaires. Mais le cancer arrive généralement moins vite à l'ulcération que la gomme; les ganglions sont, par contre, plus

(1) OSTERMAYER, *Arch. für Dermat. und Syphil.*, 1894.



rapidement envahis. Les bords ne sont ni décollés, ni régulièrement arrondis comme dans le *cancer vérolique*.

Fournier fait observer que les *chancres du sein* peuvent être confondus avec certaines gommés ulcérées qu'il appelle à cause de cette ressemblance : *syphilides gommeuses ulcéralives*. Les caractères objectifs, en effet, sont les mêmes (1). Mais le professeur de Saint-Louis fait observer que les deux lésions diffèrent par quelques points. Les caractères de l'adénopathie ne sont pas semblables; dans les antécédents des malades, on ne relève nulle trace de syphilis antérieure s'il s'agit d'un chancre; dans la gomme, il existe presque toujours des manifestations de la diathèse, même si l'on est en présence d'un cas de syphilis héréditaire. Ajoutons que le chancre est suivi d'accidents secondaires et que rien de semblable n'existe dans la gomme.

2° FORME DIFFUSE. — Cette forme est plus rare encore que la précédente et simule surtout la mammite chronique, d'où le nom de *mastite syphilitique diffuse*, sous lequel on la désigne aussi. On l'observe chez l'homme plus souvent que chez la femme et, d'après L. Jullien, à la fin de la période secondaire. Au début, la mamelle est tuméfiée, mais il n'existe ni douleur, ni réaction inflammatoire. Les ganglions axillaires sont pris. La lésion envahit toute la glande ou seulement plusieurs lobules; lorsqu'elle n'est pas traitée, elle tend à se ramollir et à s'ulcérer. Bien que Ambrosoli (2), Lancereaux (3), Louis Jullien aient rapporté des faits de ce genre, tous les syphiliographes n'admettent pas cette forme diffuse. Cependant Rouanet (4) en a rapporté récemment trois cas.

Sabrazès (de Bordeaux) (5) nous a communiqué une observation de maladie polykystique du sein, survenue chez une femme de trente ans, en cours d'évolution de syphilis (exostoses crâniennes et tibiales). L'affection était double et avait résisté au traitement spécifique. Les deux seins furent amputés et, depuis, la guérison s'est maintenue. S'agit-il d'une simple coïncidence? Pourquoi ne pas admettre plutôt qu'au sein, comme ailleurs, au foie par exemple, la syphilis se manifeste par des gommés et de la sclérose? Celle-ci, à la glande mammaire, produirait la *cirrhose avec réaction des cellules glandulaires et productions kystiques adénomateuses*. Le traitement spécifique n'aurait pas plus d'action ici que pour les lésions scléreuses des autres organes, puisqu'il ne peut rien contre le tissu fibreux.

Le pronostic nous arrêtera peu, car les lésions syphilitiques du sein guérissent facilement par le traitement spécifique. Mais lorsqu'elles

(1) Voy. les pièces 156 de la collection particulière de Fournier et 536 de la collection Péan, à l'hôpital Saint-Louis.

(2) AMBROSOLI, *Gaz. medic. di Lombardia*, 1864.

(3) LANCEREAUX, *Traité historique et pratique de la syphilis*. Paris, 1886.

(4) ROUANET, De la mastite syphilitique diffuse chez l'homme (*Mercredi médical*, 1895).

(5) SABRAZÈS, Communication orale.

sont méconnues, elles n'ont aucune tendance à régresser; d'où le nom de cancer vérolique qu'on leur donnait autrefois.

Le traitement n'offre rien de spécial; il s'agit de lésions tertiaires, c'est donc à l'iodure de potassium qu'on devra surtout recourir. Grâce à lui, on verra l'amélioration se produire rapidement. C'est le seul traitement, car, comme le fait observer Maisonneuve, dans ses *Leçons sur les affections cancéreuses*, elles récidivent après l'amputation.

IV. **Syphilis héréditaire.** — Nous avons déjà dit, à propos des anomalies dans le développement des mamelles, que la syphilis héréditaire amenait l'atrophie de la glande. De nombreux auteurs en ont rapporté des exemples; nous n'y reviendrons pas.

Dans un cas, jusqu'ici unique, Billroth et Lucke (1) ont rencontré une *mammite caséifiante chronique lobulaire* ressemblant à la tuberculose infiltrée de la mamelle, due à la syphilis congénitale.

V. **Chancre simple.** — On a décrit des chancres simples partout, même à la face; il est donc possible d'en rencontrer aussi à la mamelle. Pospelow (2) a décrit un chancre non infectant du mamelon. Il est certain que, d'après la planche qu'il en donne, il est possible qu'il ait eu affaire à une chancrelle, mais son observation est fort incomplète et ne permet pas d'affirmer la nature de l'ulcération. Il n'a pas fait d'auto-inoculation et sa malade présenta, au fond du pharynx, une lésion qui, de l'avis même de l'auteur, était peut-être une gomme syphilitique. C'est le seul fait qui ait été publié comme chancre simple.

## VI

### AFFECTIONS PARASITAIRES

Si l'on s'en tenait à une définition stricte, on devrait comprendre parmi les affections parasitaires du sein toutes les maladies microbiennes, dont l'étude a été faite au tome I. Nous conformant à l'usage, nous ne nous occuperons que des parasites d'un ordre plus élevé, ce qui nous amène à les diviser en : 1° *parasites animaux*; 2° *parasites végétaux*.

#### I. — PARASITES ANIMAUX.

1° **Kystes hydatiques.** — Les kystes hydatiques sont les plus importantes des maladies parasitaires du sein, au point de vue clinique. Leur histoire a été faite par MM. Vitrac et Bousquet (de Bor-

(1) BILLROTH und LUCKE, *Deutsche Chirurgie*, Lieferung 1880.

(2) POSPELOW, *Atlas international des maladies rares de la peau*, fasc. II pl. VI, 1889.