

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.

deaux), qui ont bien voulu nous communiquer des notes, encore inédites, pour la rédaction de cet article ; on trouvera aussi des faits assez nombreux dans la thèse de Bansi (1).

Nous avons pu nous procurer 31 observations d'échinocoques développés primitivement dans le sein même. Avec ces matériaux peu nombreux, il est vrai, mais comprenant presque tous les cas publiés, nous avons entrepris l'étude de cette maladie. C'est que les kystes hydatiques du sein sont extrêmement rares. Finsen, en 1869, n'en signale qu'un sur 181 kystes à échinocoques ; plus récemment, Frey (2) en trouve seulement 2 p. 100 dans une statistique qui comprend 780 cas, alors que 44 p. 100, c'est-à-dire près de moitié, se rencontrent au foie. Si Bergmann en note 15 au sein sur 102 ailleurs, c'est que sa statistique n'est pas intégrale et personnelle, car il a réuni tous les cas publiés qui lui sont tombés sous la main. Or, toutes les observations de kystes hydatiques du sein sont rapportées, tandis que celles de kystes du foie, par exemple, sont banales et, pour la plupart, ne voient jamais le jour.

Parmi les *conditions étiologiques*, le sexe mérite de nous arrêter, car le parasite s'est toujours rencontré chez la femme. Celle-ci d'ailleurs ne semble pas prédisposée, avec une égale fréquence, pendant toute sa vie. Sur 25 malades, dont l'âge est noté, il n'y en a pas une seule atteinte ayant moins de quinze ans ; mais, de seize à vingt-cinq ans, nous en trouvons 11 ; de vingt-six à trente-cinq, 7 ; de trente-six à quarante-cinq, 5 ; puis seule de quarante-six à cinquante-cinq ans et enfin 1 autre à cinquante-six ans.

Nous avons pris comme âge des malades, non pas l'époque où elles ont été observées, mais le début de la tumeur. Dans six cas, l'âge n'est pas indiqué, mais, dans l'un d'eux, on dit qu'il s'agissait d'une jeune fille. Ces chiffres montrent que les kystes hydatiques du sein se rencontrent chez la femme à la période d'activité sexuelle, surtout au moment où la poitrine acquiert son complet développement. Car l'échinocoque pénètre dans l'organisme par la circulation porte ; or, l'anatomie nous apprend que le groupe des veinules du ligament suspenseur du foie et celui des veinules parombilicales font communiquer le système porte avec les veines thoraciques et mammaires internes dont dépend le système veineux du sein. Une autre preuve de cette pathogénie, c'est que les grossesses antérieures, en activant la circulation mammaire, prédisposent aux kystes hydatiques et, sur 19 observations où les accouchements antérieurs ont été notés, 13 fois les malades avaient eu des enfants, et 6 fois seulement elles n'avaient jamais été enceintes. Souvent même le début a coïncidé avec l'allaitement. La malade de Cooper Forster (3) vit sa tumeur pendant sa

(1) BANSI, Inaug. Dissert. Greifswald, 1893.

(2) FREY, Inaug. Dissert. Berlin, 1882.

(3) COOPER FORSTER, *Guys' Hospital Reports*, 1856.

première grossesse ; celles de Bermond (1) et de Goinard (2) s'en aperçurent peu après un accouchement. Le cas de Lenzi (3) est surtout intéressant : une jeune femme, qui allaitait, reçoit un coup sur le sein gauche, traumatisme suivi des signes habituels de la contusion mammaire ; quatre mois après, elle y ressent une douleur vague et constate la présence d'une tumeur mobile et dure du volume d'une noisette : c'était un kyste hydatique.

Donc, formation physiologique de la glande mammaire chez la jeune fille, grossesse et surtout allaitement de la femme adulte, telles sont les causes les plus fréquentes de l'arrêt de l'échinocoque dans le sein ; ce sont aussi celles de l'exagération de la circulation dans la mamelle.

Plus rarement, le traumatisme fixe l'embryon exacanthé au point frappé (Bérard (4), Lenzi). D'autres fois, le corset semble jouer un rôle analogue, lorsque, mal fait ou trop serré, il comprime trop fortement la glande.

Nous n'insisterons pas sur la *distribution géographique* des kystes hydatiques du sein, qui est celle des kystes hydatiques en général. Nous ferons remarquer cependant que si la région bordelaise en a fourni trois cas (Bermond, Brindel (5), Vitrac (6), c'est dû au voisinage des Landes, où l'échinocoque est si fréquent.

La tumeur se développe dans l'un ou l'autre sein. Tantôt périphérique, tantôt plus ou moins près du mamelon, elle naît dans tous les points de la glande. Elle est généralement arrondie, régulière, rarement ovoïde (Brindel), ou même en 8 (Vitrac). Les hydatides sont peu nombreuses et c'est à peine si, quatre ou cinq fois, on en signale un grand nombre. Dans l'observation de Lauenstein (7), on en comptait soixante-huit.

Dans presque tous les cas, les kystes étaient *endogènes* ; celui de Goinard et Sergent est le seul jusqu'ici qui fût *alvéolaire*. Il était multiloculaire et avait la forme d'une tumeur bosselée, comme lobulée, de consistance irrégulière. En plus des gros kystes, dont deux étaient fistuleux et fongueux depuis un an, on trouvait, au microscope, dans la paroi, des petits kystes en formation. La glande voisine présentait, sur certains points, de la dégénérescence graisseuse, tandis que, sur d'autres, elle était en pleine activité. « Cette prolifération épithéliale est due sans doute à la présence du kyste, ayant agi comme une épine irritative sur les éléments glandulaires situés à son contact. » Le parasite s'était développé dans un acinus et les vésicules filles étaient en

(1) BERMOND, *Gaz. des hôp.*, 1860.

(2) GOINARD et SERGENT, *Archiv. prov. de chir.*, novembre 1897.

(3) LENZI, *Lo Sperimentale*, 1885.

(4) BÉRARD, *Diagnostic différentiel des tumeurs du sein*. Paris, 1842.

(5) BRINDEL, *Journ. de méd. de Bordeaux*, février 1894.

(6) VITRAC, *Soc. de gynéc., d'obstétr. et de pædiatrie de Bordeaux*, 1897.

(7) LAUENSTEIN, Inaug. Dissert. Gœttingen, 1874.

dehors de la vésicule mère. C'était donc bien un kyste exogène.

Pour les kystes endogènes, l'examen histologique a été fait plusieurs fois (Recklinghausen, Brindel, Vitrac). Il ne permet pas toujours d'affirmer que la tumeur s'est développée dans la glande même ou dans les tissus voisins.

Voici, d'après Vitrac, les diverses couches qu'on rencontre à la coupe, en allant de la cavité kystique vers la périphérie :

1° Une couche formée d'une cinquantaine de lamelles réfringentes, d'une épaisseur totale d'un demi-millimètre ; c'est la paroi propre de l'hydatide ;

2° Une couche de tissu conjonctif dense, de même épaisseur, sans vaisseaux, ayant peu d'éléments cellulaires ; elle a l'aspect des fibromes lamelleux et offre, au voisinage de la membrane hydatique, des petits filots de granulations fortement colorées ;

3° Entre cette couche et la glande, on voit une autre couche de tissu conjonctif plus lâche, vasculaire, à cellules assez abondantes, peu volumineuses, disséminées ou agglomérées ; il semble exister quelques vestiges d'acini et de tubes glandulaires disparus ;

4° Le tissu glandulaire voisin est normal sur certains points, tandis que, sur d'autres, les cellules épithéliales sont déformées, tassées par suite d'un léger degré de prolifération. Autour des éléments glandulaires, acini ou canaux, le tissu conjonctif est abondant ; il y a cirrhose périglandulaire irrégulière.

Les symptômes des kystes hydatiques du sein sont à peu près les mêmes dans toutes les observations. Au début, rien n'attire l'attention des malades. Elles s'aperçoivent par hasard qu'elles portent une petite tumeur mobile, indolente, n'adhérant ni à la peau, ni aux plans profonds. Elle est peu volumineuse, grosse comme un pois, comme une noisette ou, tout au plus, comme une noix. Rien alors ne permet de soupçonner un kyste, car la fluctuation n'est jamais signalée à cette époque ; c'est un noyau dur, qui a même été comparé à de la pierre par E. Fischer (1) ; le plus souvent il est ferme et élastique.

L'accroissement se fait d'abord lentement, sans douleur. Dans l'observation de Malgaigne (2), la tumeur met six ans pour aller du volume d'un pois à celui d'un œuf de pigeon ; dans le cas de Leleux (3), elle reste pendant dix-neuf ans stationnaire, grosse comme une noisette et elle ne commence à s'accroître que pendant la vingtième année.

La première période est donc remarquable par son indolence et l'absence de symptômes inquiétants. Aussi observe-t-on rarement les kystes hydatiques à cette époque. Mais, après un temps variable, — généralement plusieurs années — les symptômes changent. La

(1) E. FISCHER, *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1881.

(2) MALGAIGNE, *Gaz. des hôp.*, 1853.

(3) LELEUX, *Echo médical du Nord*, avril 1897.

tumeur devient douloureuse ou au moins sensible et elle grossit assez rapidement. En même temps, sa dureté diminue ; elle est bientôt rénitente et souvent même fluctuante. Dans aucune observation on ne signale le frémissement hydatique. Il est vrai que bien peu savent le rechercher. Ce n'est pas en appuyant sur le kyste qu'on rend ce phénomène évident ; mais en y appliquant plusieurs doigts et, en percutant l'un d'eux, les autres doigts perçoivent un choc spécial et caractéristique qui est le frémissement hydatique.

Cette deuxième période d'accroissement rapide et douloureux survient ordinairement sans cause appréciable. Cependant, dans l'observation de Bérard, le traumatisme semble avoir joué un rôle. Quant à la grossesse, son action est inconstante. Elle paraît avoir été nulle dans les cas de Mitchell Henry (1), de Leleux et de Bermond, tandis que, dans celui de Goinard et Sergent, deux grossesses, postérieures au début du kyste et terminées par des fausses couches, ont eu une influence marquée sur le développement de la lésion.

La douleur qui survient à cette période est plus ou moins vive et s'irradie fréquemment dans l'aisselle, dans l'épaule, dans le bras et même jusque dans les doigts du même côté ; elle s'accompagne presque toujours d'une augmentation de volume et, lorsque les souffrances se montrent par poussées successives, comme dans l'observation de E. Fischer, on voit que la tumeur croît d'une façon parallèle. C'est qu'elles ne sont pas dues à l'inflammation du kyste, mais à son développement dans la glande même, qui résiste grâce à la densité de son tissu ; c'est cette résistance à l'accroissement qui fait souffrir les malades.

La douleur est très variable ; tantôt elle n'est qu'une simple gêne assez vague, tantôt, au contraire, elle est très vive et oblige les malades à réclamer une intervention. Dans un cas d'Astley Cooper (2), il y avait une sensation de froid et des fourmillements le long du bras, jusque dans les doigts.

En même temps, il se produit des adhérences vers les plans profonds et vers la peau, qui prend l'aspect dit « en peau d'orange ». Le mamelon est même quelquefois rétracté. Parfois, on a trouvé dans l'aisselle des ganglions enflammés et douloureux.

Jusqu'ici le kyste n'a pas encore suppuré ; il peut même s'ouvrir avant que la suppuration ne survienne.

Mais, le plus habituellement, la tumeur s'infecte après quelques poussées douloureuses. La sensibilité devient beaucoup plus vive, surtout à la pression ; la peau rougit, s'œdématie, devient chaude, tandis que des phénomènes généraux apparaissent. Rapidement la peau enflammée s'amincit, s'ulcère, donnant issue à du pus phleg-

(1) MITCHELL HENRY, *The Lancet*, novembre 1861.

(2) ASTLEY COOPER, *Oeuvres chirurgicales*. Traduction de Chassaignac et Richet, 1837.

moneux, mêlé d'hydatides, de crochets ou de débris feuilletés de la paroi, rendant le diagnostic facile.

La poche reste ainsi fistuleuse pendant plusieurs semaines et même pendant plusieurs mois. Il existait, dans le cas de Goinard et Sergent, deux fistules purulentes datant d'un an, qui simulaient des ulcérations tuberculeuses à parois fongueuses.

L'évolution des kystes hydatiques du sein présente donc deux périodes : l'une à marche très lente et indolente ; l'autre à allure plus rapide et douloureuse. Si la seconde manque dans plusieurs observations, c'est que la durée de la première est quelquefois très longue et que la tumeur a été traitée et guérie avant qu'elle ne survienne. Ces kystes mettent plusieurs années à se développer : huit ans (Roux (1), Bermond) ; onze ans Bransby Cooper (2), Lauenstein) et même vingt ans (Leleux). Il est rare de les voir s'ouvrir spontanément quelques mois après leur début : onze mois (Birkett) (3) ; huit mois (Bérard). En moyenne l'évolution se fait en cinq ou six ans, d'après les cas que nous avons réunis.

Le diagnostic est très difficile, surtout chez les femmes à mamelles volumineuses ; il n'a jamais été fait qu'après une ponction exploratrice ramenant le liquide caractéristique ou bien, lorsque après ulcération, il s'est éliminé, par l'orifice, des hydatides ou des débris de poche. White (4) pensa à l'échinocoque, parce que, avant de traiter le sein atteint, il ouvrit au bras de la malade un kyste séro-purulent contenant une hydatide grosse comme une fève. Par contre, Gardner (5), chirurgien d'Australie, où le *tania echinococcus* est si fréquent, soupçonna le diagnostic, mais n'osa l'affirmer chez une femme dont la bonne était soignée par lui pour un kyste hydatique du foie.

Cependant, comme le disait dans une de ses cliniques le professeur Duplay, en un point quelconque, lorsqu'on rencontre une tumeur à évolution chronique, peu douloureuse, à laquelle aucun des diagnostics des affections de la région ne s'applique, on devra toujours penser à un kyste hydatique.

Au début, si le kyste est petit, dur, on le confondra souvent avec des tumeurs bénignes solides du sein. La malade de Bansi avait été vue par Helferich qui crut à un adéno-fibrome séparé de la glande. On a dit que les tumeurs bénignes étaient plus irrégulières que celles à échinocoques. Mais on a vu ces dernières allongées, ou divisées en deux lobes et même tout à fait irrégulières, lobées et de consistance inégale (Goinard et Sergent).

(1) ROUX, *Journ. gén. de méd. de Sédillot*, 1819.

(2) BRANSBY COOPER, *Guy's Hospital Reports*, octobre 1846.

(3) BIRKETT, *The Lancet*, mars 1867.

(4) WHITE, *The Lancet*, vol. XXXVI, 1838-1839.

(5) W. GARDNER, d'Adélaïde (Australie), *The Lancet*, 1878.

A une période plus avancée, lorsque la tumeur augmente et devient douloureuse, on la confondra avec un cancer au début, tant qu'il n'y aura pas de fluctuation. L'erreur a été faite par les meilleurs cliniciens : von Græfe (1), Le Dentu (2), Hoppner (3), etc. Dans les deux cas, on se trouve parfois en présence d'une tumeur à marche lente, adhérente à la peau et aux plans profonds, faisant corps avec la glande et même rétractant le mamelon, s'accompagnant de douleurs irradiées dans le plexus brachial et de ganglions axillaires. La ponction exploratrice permettra seule le diagnostic.

Un point du kyste devient-il fluctuant ? On pensera à un cystosarcome (Lenzi), à un adéno-fibrome kystique (Lannelongue, de Bordeaux), à un fibrome kystique (Gardner), etc. Le diagnostic, même alors, est difficile à établir.

Si la poche est suppurée, on croira à un abcès froid enflammé ; mais on trouverait des points osseux malades sur les côtes ou sur le sternum, à moins que la tuberculose ne soit née sur place, ou dans la glande mammaire. Goinard et Sergent diagnostiquèrent une mammite chronique avec abcès, car la tumeur était apparue chez une jeune femme, pendant la lactation ; elle avait été influencée par deux grossesses successives et avait suppuré en s'accompagnant de ganglions.

Enfin, même en supposant établi le diagnostic de kyste hydatique, on se demandera si la tumeur s'est développée dans la glande ou bien dans le tissu cellulaire voisin, ou même si, née dans le thorax ou dans le foie, elle ne s'est pas frayé un chemin vers les parties superficielles de la poitrine.

Le pronostic semble bénin. Les kystes n'ont aucune tendance à se propager vers la profondeur ; car, comme le fait observer Landau, on peut poser comme une loi que les échinocoques s'étendent toujours du côté de la moindre résistance ; or, celle-ci est plus grande vers les côtes que vers l'extérieur.

Si les malades réclament une intervention, ce n'est pas seulement pour des raisons d'esthétique, mais encore parce que le sein malade devient souvent le siège de douleurs vives et que même l'état général est atteint chez quelques femmes, surtout si elles croient avoir un cancer.

Aussi est-on autorisé à recourir à un traitement opératoire à peu près sans danger.

La ponction simple est plutôt un moyen d'exploration, car le kyste se reproduit peu de temps après avoir été évacué. (A. Cooper, Brindel.)

L'incision simple est meilleure et donne des guérisons durables ; mais il faut attendre que toute la poche se soit éliminée par la sup-

(1) VON GRÆFE et WALTHER, *Journ. der Chir.*, 1825 (d'après Bansi).

(2) LE DENTU, *Gazette médicale de Paris*, 1873.

(3) HOPPNER, *Petersburger medic. Wochenschr.*, 1881.

puration, ce qui est long. Pour se cicatriser, elle mit huit semaines dans l'observation de von Græfe. Si le kyste est suppuré, on le traitera comme un abcès et l'incision deviendra la méthode de choix.

Autrefois, on transperçait la paroi et l'on plaçait un séton ; ou bien, comme l'a proposé Dubrueil (1), on fait une petite incision exploratrice ; puis, grâce à une contre-ouverture, on traverse, avec un drain, le kyste de part en part. Mais ce traitement est long ; la malade de Dubrueil garda un pansement pendant quarante-cinq jours ; il est vrai que la cicatrice était insignifiante. La durée est quelquefois plus grande encore ; neuf mois après l'opération, la guérison n'était pas encore survenue chez la malade de Moutet (2) malgré les injections iodées qu'il avait jointes au séton. Aussi cette méthode est-elle rejetée.

Sans aller jusqu'à pratiquer l'amputation totale du sein, comme cela s'est fait plusieurs fois (Leleux, von Græfe et Walther, etc.), on préfère aujourd'hui enlever le kyste avec la partie glandulaire voisine ; la plaie étant suturée, la guérison a lieu par première intention en dix jours (Lenzi). Si la réunion se fait sans pus, la cicatrice est à peine visible.

Cette méthode vaut mieux que l'extirpation de la poche seule, plus logique, mais très difficile à cause des adhérences de la paroi du kyste et du tissu glandulaire enflammé. Ce dernier est dur, épaissi et forme une coque résistante qui ne se laisse pas rapprocher facilement par les sutures, après énucléation de la membrane hydatique.

Quant aux ganglions, on les laissera en place ; car ils sont enflammés et non dégénérés. Aussi le curage de l'aisselle, de règle absolue après l'amputation du sein pour cancer, doit être proscrit lorsqu'il s'agit d'un kyste hydatique.

2° **Parasites animaux divers.** — A côté des échinocoques, on a cité d'autres parasites de la mamelle ; mais certains faits auraient besoin d'être confirmés. Tel est le cas suivant rapporté dans le premier volume de la *Collection académique* (partie étrangère). Un homme, qui tirait le lait du sein de sa femme nouvellement accouchée, « vit un ver qui en sortoit à moitié et qu'il tira avec la main : cet animal avoit quelque chose du serpent, il étoit long d'environ quatre pouces, et de la grosseur d'un ver à soie médiocre : la couleur en étoit minime, il avoit un double rang de pieds sous le ventre, le corps paraissoit composé de petits anneaux contigus depuis la tête jusqu'à la queue, qu'il portoit relevée et fourchue par l'extrémité. Il avoit sur la tête deux cornes aussi fourchues, et faites comme les petites pattes d'une écrevisse. Il s'agitoit extrêmement quand on le touchoit, et quoiqu'il eut un grand nombre de pieds, il

(1) DUBRUEIL, *Soc. de chir. de Paris*, avril 1890.

(2) MOUTET, *Annales de la clin. de Montpellier*, 1856.

ne marchoit qu'en serpentant ». Avant l'issue du ver, cette femme avait eu des picotements dans le sein (1).

On doit plus de créance aux observations de *dragonneau* ou *ver de Médine*. On rencontre ces parasites surtout aux membres inférieurs ; cependant on les trouve sur les parois thoraciques. D'après Cézilly (2), deux dragonneaux, ayant séjourné longtemps sous une glande mammaire, amenèrent des accidents locaux avec de la fièvre et de l'anxiété chez le malade qui en était atteint.

La larve, connue à la Guyane sous le nom de *ver macaque*, se localise dans diverses régions du corps, entre autres à la région mammaire. Elle détermine la formation d'une tumeur qui croît avec le parasite, mais qui ne dépasse pas le volume d'un gros furoncle. C'est avec cette dernière affection qu'on confond presque toujours la tumeur larvaire et l'incision au bistouri donne seule le diagnostic certain (3).

Parmi les faits moins rares et les parasites plus élevés, nous devons signaler le *sarcopte de la gale*. On le rencontre assez fréquemment sur le mamelon, surtout chez la femme ; il se manifeste sous forme d'eczéma. On a dit très justement : Pensez à la gale, s'il survient de l'eczéma du mamelon, en dehors de la lactation. Les sillons seront recherchés avec soin, car ils sont rudimentaires ; on les trouvera au voisinage du mamelon. Tantôt, l'affection est partielle et localisée au sein seulement ; tantôt, elle est générale et des traces du parasite se rencontrent ailleurs. Un fait digne d'être noté, c'est que souvent l'eczéma persiste encore, rebelle à tous les soins, longtemps après que le traitement a fait disparaître le sarcopte. Ces lésions parasitaires sont quelquefois la cause d'abcès de la région mammaire.

## II. — PARASITES VÉGÉTAUX.

**Actinomycose.** — Parmi les parasites végétaux, l'actinomycose mérite seule une description. Cette affection, étudiée au tome I<sup>er</sup> de ce *Traité* (4) passe pour rare, surtout dans sa localisation mammaire. W. Müller (5) l'a vue deux fois sur seize cas d'actinomycose. Peut-être la rencontrerait-on plus fréquemment si l'attention était attirée sur elle et si l'examen microscopique était fait dans tous les cas opérés sous le diagnostic de tuberculose.

Les vétérinaires savent aujourd'hui que, dans certains pays, l'actinomycose mammaire se rencontre souvent chez les animaux. En

(1) D. HAUSMANN, dans son travail (*die Parasiten der Brustdrüse*, 1874), a réuni des cas analogues.

(2) CÉZILLY, Thèse de Paris, 1858.

(3) Communication orale de LE DANTEC (de Bordeaux).

(4) *Traité de chirurgie*, t. I<sup>er</sup>, p. 379.

(5) W. MÜLLER, Ueber Aktinomykose der Brustdrüse (*Munch. medicin. Wochenschr.*, décembre 1894).