

une origine endocanaliculaire, et qu'on a eu tort, par suite, de leur donner le nom de mastites chroniques interstitielles.

A côté de ces phlegmons viennent ceux qui reconnaissent pour cause un traumatisme. Il faut en distinguer deux variétés : ceux qui succèdent à un traumatisme unique, à une contusion violente, et ceux qui ont pour origine les pressions ou frottements répétés, les contusions chroniques.

Les traumatismes violents déterminent la formation de poches sanguines. La collection tantôt se résorbe et disparaît ou laisse un petit noyau induré qui ne détermine pas de phénomènes réactionnels, tantôt s'enflamme et suppure en donnant lieu à un abcès hématique.

Les contusions chroniques amènent la formation de noyaux indurés plus ou moins volumineux dont le diagnostic est souvent fort difficile et qui ne suppurent pour ainsi dire jamais. Dans ces faits, il faut ranger les engorgements hypostatiques qui s'observent surtout chez les femmes qui ont les mamelles volumineuses. Velpeau les attribuait à la traction exercée par le poids de l'organe, « au tiraillement qui fatigue les tissus et gêne la circulation des fluides ». Mais il parle aussi des froissements dus aux vêtements et surtout au corset, froissements dont le rôle me paraît bien plus considérable, et se montre avec une indiscutable netteté dans une observation de Phocas et surtout dans cette autre que m'a communiquée J.-L. Championnière. Une dame d'une quarantaine d'années, très élégante, présentait à la partie supérieure et interne du sein un noyau dur qu'un médecin avait considéré comme un véritable néoplasme. J.-L. Championnière ne trouvant pas dans ce noyau des caractères néoplasiques bien nets, refuse l'opération, et conseille simplement de protéger le sein en évitant toute espèce de pression sur la région malade. En quelques semaines la prétendue tumeur avait complètement disparu. La dame reprend sa vie mondaine, mais bientôt elle revient consulter le chirurgien, la tumeur avait reparu. M. J.-L. Championnière eut l'idée d'examiner le corset, et il constata qu'un busc très résistant exerçait une pression considérable juste au point où s'était développée la tumeur. Il suffit de supprimer cette cause d'irritation pour la faire disparaître une seconde fois.

L'anatomie pathologique de ces phlegmasies chroniques est à peu près inconnue. Dans un cas, Reclus a retiré par une ponction exploratrice environ 10 grammes d'un liquide rosé et visqueux. Le noyau s'est résorbé sans supurer. Velpeau a incisé un « engorgement » qui ne contenait pas de pus, mais il ne dit pas quel était l'état des parties traversées par le bistouri. Rokitansky, Forster, Klob ont décrit des foyers purulents encapsulés ou entourés de masses calcaires, restes de mastites puerpérales. H. Klotz⁽¹⁾ déclare que des abcès de la mamelle peuvent s'entourer d'une membrane et simuler absolument des kystes. Pour ce sujet, je renvoie au chapitre du galactocèle. Parmi les mastites qui ne suppurent pas, il en est qui au début sont évidemment de même nature que celles qui suppurent; d'autres ont bien probablement un processus spécial, qui les rapproche des mastites diffuses ou des mastites à noyaux multiples.

Le diagnostic de ces phlegmasies chroniques est fort difficile. C'est de toutes les affections du sein celles qui ont donné lieu aux erreurs de diagnostic les plus nombreuses et aussi les plus graves. Les plus graves, car l'erreur consiste

(1) H. Klotz, *Arch. für klin. Chir.*, 1880, vol. XXV, p. 49.

presque toujours à prendre la tumeur inflammatoire pour un néoplasme malin et conduit par suite à pratiquer l'amputation de la mamelle. Astley Cooper rapporte 2 cas d'inflammation du sein, qui lui avaient été envoyés comme des tumeurs. Dans un cas de Benj. Brodie⁽¹⁾, la mamelle fut amputée. Dupuytren, Roux⁽²⁾, ont amputé des seins pour des abcès chroniques. Laugier⁽³⁾ allait opérer lorsqu'il reconnut une fluctuation profonde. Dans un cas de Velpeau, la tumeur se rompit pendant l'opération, et le contenu puriforme fut pris pour de la matière encéphaloïde ramollie. Il s'agissait peut-être, dans ce cas, d'un abcès tuberculeux. D'autre part il est bien certain que les prétendus cancers guéris par la compression et les pommades ne sont que des phlegmons chroniques. N'est-il pas probable aussi que les deux tumeurs que Luton⁽⁴⁾ a guéries par des injections iodées étaient des noyaux inflammatoires?

Ces exemples, qu'il serait facile de multiplier, suffisent à montrer combien le diagnostic est difficile.

Les formes cliniques des mastites chroniques partielles diffèrent, et avec elles les difficultés du diagnostic. Tantôt, comme dans le cas déjà cité de Nélaton, la tumeur est volumineuse, avec une partie fluctuante, entourée de masses plus ou moins dures, à contours mal limités. On pourrait croire à un cysto-sarcome ou à un épithélioma ramolli. Tantôt, la tumeur, parfaitement ronde dans son ensemble, est entourée de petites lobulations qui correspondent aux parties saines de la glande. C'est le galactocèle suppuré. Les difficultés sont alors moindres. La parfaite rondeur de la masse doit mettre sur la voie du diagnostic. Enfin souvent, le plus souvent même, il s'agit de plaques irrégulières, de gâteaux durs; on croirait à un cancer de la variété fibreuse.

Dans toutes ces formes, sauf le galactocèle suppuré, la tumeur est mal limitée; la peau, lorsqu'on la pince, peut présenter le pointillé de la peau d'orange; elle peut être adhérente; il y a souvent des ganglions dans l'aisselle, et le mamelon est quelquefois rétracté. Tous les signes sur lesquels on base le diagnostic des tumeurs peuvent donc se rencontrer dans les inflammations chroniques. Est-ce à dire que ces signes cardinaux n'ont pas de valeur pour le diagnostic des néoplasmes? Il s'en faut de beaucoup; ces signes sont parmi les meilleurs que nous ayons en clinique; mais ils ont avec tous les autres le travers commun de n'être pas pathognomoniques. Leur valeur est cependant très grande; je le répète, car je pense qu'il y aurait plus d'inconvénients à la diminuer qu'à l'exagérer. Mais il faut savoir que la rétraction du mamelon, même avec une grosse tumeur et des ganglions axillaires, n'est pas toujours signe de cancer. Du reste, ces divers symptômes n'ont pas tout à fait les mêmes caractères dans les inflammations chroniques et les néoplasmes.

Dans les deux cas, la tumeur est mal limitée; mais dans les tumeurs inflammatoires on ne trouve pas ces prolongements rameux qui pénètrent dans la glande et qui sont si frappants dans les cancers. La peau d'orange, on le sait aujourd'hui, n'a pas une très grande valeur diagnostique. Quant à l'adhérence de la peau, elle se fait en cas de cancer par une sorte de capitonnage, tandis que dans les inflammations elle se fait surtout en surface. Enfin, du côté de la peau, on observe parfois d'autres signes, qui ne se rencontrent pas dans les

(1) BENJ. BRODIE, *Prov. med. and surg. Journal*, 26 février 1842.

(2) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. IX, p. 591.

(3) LAUGIER, *Dictionnaire de méd.*, t. XV, p. 555.

(4) LUTON, *Traité des injections sous-cutanées à effet local*, p. 875.

cancers. C'est une sorte de suffusion rosée, qui diffère de la rougeur de la lymphangite ordinaire, mais qui a cependant un caractère inflammatoire; quelquefois c'est un œdème manifeste; la peau conserve sous forme de godet l'empreinte du doigt. Aucun de ces signes ne doit être négligé. Dans les observations, on voit que c'est souvent l'un d'eux qui a attiré l'attention du chirurgien et lui a permis d'éviter l'erreur de diagnostic. Mais enfin il faut convenir qu'ils sont rares et difficiles à apprécier.

Sur quoi donc peut-on baser le diagnostic? Je ne parlerai pas de l'âge des malades. Ce n'est pas une condition absolument négligeable; mais comme les inflammations chroniques se rencontrent chez les femmes âgées et certaines tumeurs chez les femmes jeunes, on ne saurait lui attacher une grande importance. Les signes qui peuvent conduire au diagnostic doivent être tirés de l'étiologie, de la marche de l'affection, du symptôme douleur et de l'état des ganglions.

L'étiologie me paraît avoir une très grande importance. Les mastites chroniques partielles reconnaissent deux causes principales: la lactation et les traumatismes. Or, il est très rare que les néoplasmes véritables débutent pendant la lactation. Au contraire, il n'est pas rare que des affections inflammatoires subaiguës ou chroniques débutant à ce moment présentent tous les signes d'un néoplasme malin. Aussi toute grosseur du sein qui débute pendant la lactation doit éveiller dans l'esprit du chirurgien l'idée d'affection inflammatoire, même si les signes sont ceux d'un néoplasme. On ne saurait trop le répéter: il faut se méfier des tumeurs qui revêtent les apparences d'un néoplasme, lorsqu'elles sont en rapport étiologique direct avec la grossesse ou l'allaitement. Même, si tous les signes paraissent en faveur d'un néoplasme, il faut encore garder un doute.

Quand l'affection se rapporte à un traumatisme, l'embarras est plus grand. Je ne crois pas qu'un traumatisme puisse amener le développement immédiat d'un néoplasme. Les exemples de ce genre que Janvrin (1) a publiés ne me paraissent pas tout à fait démonstratifs. Mais il est certain qu'un traumatisme peut attirer l'attention sur le sein et y faire découvrir une tumeur jusque-là méconnue; de là vient l'embarras. La marche de l'affection peut fournir des renseignements. Celle des tumeurs inflammatoires est en général plus rapide que celle des néoplasmes. Quand on trouve dans le sein une tumeur datant de deux ou trois mois, et qui a déjà le volume d'un œuf ou d'une pomme, il faut se méfier: c'est bien rapide pour un néoplasme; à plus forte raison quand on trouve, comme dans le cas de Nélaton, « une énorme tumeur du sein » chez une femme qui a sevré six semaines auparavant. Je sais bien qu'il existe des cancers aigus de la mamelle, mais ils sont extrêmement rares; ils déterminent une cachexie rapide, et puis ils ne forment pas une tumeur limitée, ils sont en général diffus, affectant l'apparence de ce que Volkmann a appelé la mastite cancéreuse. Il y a bien quelques exemples de noyaux cancéreux ayant évolué avec une extrême rapidité, mais alors l'état général est rapidement et profondément touché.

Du côté de la tumeur elle-même, ce qui doit éveiller surtout l'attention, c'est le symptôme douleur. Je ne parle pas des douleurs spontanées, qui sont si variables dans les affections du sein et si difficiles à analyser. Celles-ci ne sont

(1) JANVRIN, *Amer. Journal obst.*, 1888, p. 505.

caractéristiques de l'inflammation que lorsqu'elles deviennent pulsatiles; et quand les douleurs prennent ce caractère, c'est que la tumeur suppure, et la fluctuation devient vite perceptible si elle ne l'est déjà. C'est la douleur provoquée par la pression qui a une véritable importance pour le diagnostic. Tantôt on la trouve au centre de la tumeur, tantôt à la périphérie en pinçant ses bords tangentiellement à la surface. Ce signe douleur n'est pas constant. Dans quelques observations, il est expressément indiqué qu'aucun point n'était douloureux. Mais, en général, la douleur provoquée existe, et elle a une grande importance, car on ne la trouve dans les néoplasmes qu'à une époque avancée de leur évolution, alors que le diagnostic n'est plus douteux.

Enfin l'état des ganglions peut fournir de précieux renseignements. Lorsqu'ils ne sont pas engorgés, on n'en peut rien conclure, car il s'agit le plus souvent de tumeurs qui n'ont que quelques mois d'existence, et à cette époque l'infection cancéreuse des ganglions ne s'est pas encore produite ou du moins n'est pas cliniquement appréciable. Lorsque l'engorgement ganglionnaire existe, on peut en tirer des indications. D'ordinaire l'adénite n'a pas des caractères inflammatoires suffisamment accentués pour qu'on puisse les reconnaître et les affirmer. Mais ce qui me paraît avoir une véritable importance, c'est la disproportion entre la tumeur et l'adénite. Je viens de le dire, en règle générale, un néoplasme vieux de trois, quatre, cinq, six mois, ne s'accompagne pas d'infection ganglionnaire cliniquement appréciable. Si donc on trouve une tuméfaction de cet âge avec des ganglions engorgés, il y a bien des chances pour que la tuméfaction soit d'origine inflammatoire. En outre le nombre et le volume des ganglions sont souvent en disproportion manifeste avec l'âge et le volume de la tumeur. Ils sont trop volumineux et trop nombreux pour une tumeur trop jeune.

Je ne me suis occupé que du diagnostic avec les tumeurs malignes, parce que c'est avec elles que la mamite chronique partielle présente le plus de ressemblance. Il est certain, comme le dit Klotz, que de petits infiltrats inflammatoires peuvent être pris pour des fibromes. A cela, rien d'étonnant, puisque certaines inflammations chroniques peuvent avoir pour terme la formation d'adénofibromes. Mais je renvoie pour cette question au paragraphe consacré à la mastite diffuse ou à noyaux multiples. Je pense que son étude sera mieux placée là.

Le traitement des mastites chroniques partielles diffère suivant que le noyau inflammatoire a ou n'a pas suppuré. Dès que le pus est formé et collecté, peu importe qu'il soit le résultat d'un processus aigu, subaigu ou chronique, l'indication est la même: il faut l'évacuer. Tant que la suppuration ne s'est pas produite, il faut s'efforcer de l'éviter. Les pommades et frictions dites résolutive n'ont pas grande action. L'efficacité de l'iodure de potassium administré à l'intérieur n'est pas non plus très démontrée. Toutefois ce sont des moyens qu'on peut employer sans inconvénient. Ce qu'il faut surtout, c'est, d'une part, éviter tout froissement, toute cause d'irritation du côté de la tuméfaction; d'autre part, exercer sur elle une compression légère et très régulière. Le bandage ouaté bien fait est donc ce qui convient le mieux.

2. GALACTOCÈLE. — On désigne sous le nom de galactocèle (1) des kystes qui contiennent du lait plus ou moins altéré, et se forment pendant que la glande

(1) On sait que Vidal de Cassis a également donné ce nom à une variété d'hydrocèle.

est en lactation. Ce sont, à mon avis, des productions de tous points analogues aux grenouillettes.

Tout kyste de la mamelle contenant des produits analogues au lait n'est pas un galactocèle. Dans les néoplasmes d'origine épithéliale, il arrive souvent que l'épithélium entre en activité morbide et produit un liquide plus ou moins semblable au lait. Mais les kystes, loin de constituer l'élément principal comme dans le galactocèle véritable, ne sont au contraire qu'un incident sans importance. Ce n'est pas d'un kyste qu'il s'agit, mais d'un néoplasme kystique. Il faut donc faire une distinction absolue entre le galactocèle uniquement constitué par un kyste laiteux sans tumeur, et les néoplasmes contenant des kystes. Faute de cette distinction, on tomberait dans une lamentable confusion, qui n'a pas toujours été évitée. Ainsi on voit Velpeau décrire comme galactocèle, sous prétexte qu'elle contenait des kystes laiteux, une tumeur maligne qui récidiva avec une effrayante rapidité et entraîna la mort en très peu de temps. Je ne saurais trop le répéter, ce n'est pas là le galactocèle.

Le galactocèle véritable est rare : on pourrait facilement compter les observations qui en ont été publiées; mais ce serait une fort mauvaise façon de se renseigner sur son degré de fréquence pour cette double raison que bien des cas de galactocèle légitime n'ont sans doute pas été publiés, et que certains faits publiés sous ce titre sont très sujets à contestation.

Velpeau distingue plusieurs variétés de galactocèle. « Les observations parvenues à ma connaissance, dit-il, démontrent que dans le sein ces tumeurs peuvent exister à l'état d'infiltration, à l'état de kystes simples ou multiples, et à l'état de masses solides, soit caséuses, soit butyreuses ».

Dans le galactocèle par infiltration, le lait sorti des canaux galactophores rompus serait répandu, infiltré, comme le nom l'indique, dans le tissu cellulaire. Velpeau n'en a observé qu'un seul cas, et l'argument qu'il donne en faveur de l'infiltration, c'est qu'« une ponction exploratrice avec le bistouri donna issue à une quantité notable de lait, qui sortait évidemment des mailles du tissu cellulaire ». Cet argument n'est pas péremptoire. Rien ne démontre que le lait sortait des mailles du tissu cellulaire; il est tout aussi légitime de supposer, comme le dit Billroth, que le bistouri avait rencontré et sectionné quelques canaux galactophores. D'autre part, d'après les symptômes, il paraît probable qu'il s'agissait d'un simple engorgement de la mamelle chez une femme qui avait cessé d'allaiter depuis six semaines. On peut donc dire que l'existence du galactocèle par infiltration n'est pas démontrée.

La tumeur constituée par le galactocèle a une forme régulièrement arrondie. Mais lorsqu'elle a atteint un certain volume, elle refoule les parties saines de la glande qui, aplaties à sa surface, donnent une sensation de lobulation fine. Très petite au début, la tumeur peut atteindre des dimensions considérables. Elle avait le volume d'une petite orange, d'un œuf, dans les cas de Puech⁽¹⁾ et de Dupuytren. Elle renfermait 250 grammes de liquide dans le cas de Gillette⁽²⁾, une demi-pinte dans celui de P. Gould⁽³⁾. Dans le fait de Forget, ses dimensions égalaient celles de deux poings. Enfin dans la célèbre observation de Volpi, rapportée par Scarpa, le kyste était si volumineux qu'il reposait sur les cuisses de la malade dans la station assise.

⁽¹⁾ PUECH, *Monit. des sciences méd. et pharm.*, 1860, p. 4.

⁽²⁾ GILLETTE, *Union médicale*, 1878, t. XXV, p. 945, 957, 995.

⁽³⁾ P. GOULD, *The Lancet*, 27 nov. 1880, p. 850.

Forget a constaté que le kyste était entouré de tissu glandulaire. Près du kyste principal, il en existait deux autres du volume d'un œuf de pigeon contenant du lait pur. De même dans le cas de Puech, il y avait un second kyste du volume d'une amande. Bryant⁽¹⁾ a également vu deux galactocèles dans le même sein.

La paroi interne du kyste est blanchâtre et lisse, du moins dans la plus grande partie de son étendue. Dans le cas de Forget, elle présentait deux ulcérations de la grandeur d'une pièce de 2 francs; une quinzaine de petites dépressions dans celui de Puech. Dans l'épaisseur de la paroi, on voit par transparence des traînées blanchâtres. Ces traînées ne sont autres que des canaux galactophores, et en pressant sur elles Forget a fait refluer du lait qui est arrivé dans l'intérieur de la poche par des orifices distincts au nombre de dix. Il a pu introduire des soies de sanglier dans ces orifices. Brodie avait pratiqué le cathétérisme en sens inverse; il avait fait pénétrer une soie de sanglier dans le kyste en passant par l'un des orifices du mamelon.

Les kystes du galactocèle sont donc en communication avec les conduits galactophores : l'anatomie pathologique prouve ce que la clinique permettait déjà de supposer, car on a pu dans certains cas, au moyen de pressions exercées sur le kyste, faire sortir du lait par le mamelon. Pilliet⁽²⁾ a fait une bonne étude histologique d'un cas de galactocèle opéré par Pozzi. Je ne puis mieux faire que de le citer.

« La coque même des kystes est formée de tissu fibreux dense; elle est parsemée de vaisseaux dont chacun est engainé par des traînées de cellules rondes et des amas irréguliers de ces mêmes cellules, véritables abcès miliaires, aux points de bifurcation ou de convergence de ces vaisseaux. Dans cette épaisseur de tissu enflammé, se trouvent les culs-de-sac glandulaires à différents états de développement. Tous sont plus ou moins allongés, leurs cellules sont volumineuses, à cytoplasma trouble; la lumière du canal est effacée. Sur les groupes de culs-de-sac heureusement recoupés, on constate que le canal axial est au contraire dilaté. Sa paroi est tapissée de cellules volumineuses, cubiques, à gros noyaux et reposant sur une membrane basale distincte. La lumière contient des masses cellulaires énormes, multinucléées. Les noyaux sont ovalaires et se colorent bien par les réactifs; plusieurs sont entourés d'une atmosphère claire. Le contour de certains de ces éléments est net; d'autres offrent un contour irrégulier, sans précision; ils sont déjà en dégénérescence et en fonte grasseuse; leurs noyaux sont peu volumineux, il y en a même de punctiformes.

Certains de ces canaux renferment au milieu des masses désintégrées de nombreux cocci arrondis qui ont l'aspect morphologique des staphylocoques.

Dans les cavités plus grandes, on observe un degré plus avancé du processus: les cellules de la paroi sont desquamées et se confondent avec la masse qui occupe le centre du canal; la membrane basale est détruite et la paroi infiltrée de leucocytes relativement peu abondants. Il n'en n'existe presque pas dans les énormes cellules en transformation grasseuse et à noyaux multiples qui, parsemées des microbes déjà signalés, remplissent la cavité du kyste.

Dans le grand kyste, la paroi fibreuse est composée de lamelles de plus en

⁽¹⁾ BRYANT, *The diseases of the breast*, 1887, p. 510.

⁽²⁾ PILLIET, *Bull. de la Soc. anat.*, juillet 1896.