

plus fines et de plus en plus dissociées par des éléments cellulaires volumineux à mesure qu'on se rapproche de la surface interne.

Ces lésions sont fort intéressantes et telles qu'on pouvait le prévoir. Leur nature et la présence de cocci prouvent nettement l'origine inflammatoire du galactocèle, que je soutenais déjà dans la première édition de ce traité.

Après la paroi, il faut étudier le contenu. Au début, c'est du lait pur ; mais ce lait est susceptible de subir diverses modifications. Tantôt il se forme une sorte de caillot qui nage dans le sérum, tantôt le liquide devient épais comme de la crème. Dans le cas de Gillette, il était épais, crémeux, de couleur blanc jaunâtre, contenant des particules grenues et crayeuses, faciles à écraser. Il peut encore ressembler à du beurre. Billroth paraît douter de la réalité de ces transformations. Il fait remarquer qu'elles ne pourraient se produire sans que la tumeur subisse des modifications de volume. Il est aisé de lui répondre que, d'une part, les modifications de volume ont été constatées, et que, d'autre part, en cas de simple dilatation, l'activité sécrétoire de la paroi pourrait facilement compenser la diminution de volume due à la résorption ou aux transformations chimiques. Mais ces transformations peuvent-elles aller plus loin ? Le galactocèle peut-il devenir tout à fait solide, se transformer en véritables calculs ? Cela n'est pas démontré, et nous pouvons encore répéter ce que disait le rédacteur de l'*Union médicale* (1) : « La transformation du contenu, admise par Velpeau, Bérard et Nélaton, repose moins sur les observations directes de ces auteurs que sur celles que la tradition nous a transmises ; car c'est surtout sur les femelles d'animaux qu'on a été à même d'observer les calculs laiteux. Ruysch en a trouvé sur une génisse ; Morgagni et Dupuytren sur une chienne. Velpeau dit avoir rencontré sur un malade et dans l'intérieur des canaux galactophores des tiges ostéiformes fort étendues. Lemnius Rufus, Morgagni ont encore rapporté des exemples de ces calculs. Ce dernier parle même d'une veuve chez laquelle plusieurs de ces corps produisaient par leur collision un bruit analogue à celui que produiraient des pierres en s'entre-choquant. Hallez rapporte aussi que Kuhn, en ouvrant un abcès du sein (peut-être résultant d'une tumeur laiteuse), trouva un calcul dans le pus qui s'écoula. » En somme, l'existence des pierres laiteuses est au moins suspecte.

Que devient le kyste laiteux une fois formé ? Il peut persister pendant des années en augmentant légèrement de volume, ou même en restant tout à fait stationnaire et sans subir de modifications notables de son contenu. Dans le cas de Forget, le contenu était formé de lait pur, et cependant la paroi présentait deux ulcérations. Le liquide aurait-il par ces ulcérations pénétré dans le tissu cellulaire et été résorbé ? La poche se serait-elle enflammée ? On ne peut le dire. Mais il est certain que, dans quelques cas, la poche a suppuré, et j'ai déjà dit dans le chapitre précédent que le galactocèle est l'une des origines des abcès chroniques de la mamelle.

Quelle est la pathogénie de l'affection ? La plupart des auteurs admettent qu'il s'agit de kystes par rétention. Labbé et Coyne pensent que l'obstacle est dû aux végétations endocanaliculaires et Gillette accepte cette explication. Pour Virchow, au contraire, il serait dû à une rétraction du tissu conjonctif. La question des kystes par rétention est d'ordre très général, et c'est l'une des plus importantes de la pathologie. Mais je ne puis la traiter ici. Je me conten-

(1) *Union médicale*, 1848, p. 995.

terai de dire que, expérimentalement, on n'a jamais pu produire un véritable kyste par rétention. En règle générale, une glande dont le conduit excréteur est oblitéré, bien loin de devenir kystique, s'atrophie et la glande mammaire ne fait pas exception à la règle. Une expérience que j'ai déjà citée le prouve. J'ai lié un certain nombre de canaux galactophores de plusieurs mamelles sur une chienne en lactation. La totalité des canaux n'ayant pas été liée, le lait s'écoulait encore par chaque mamelon ; les petits continuaient à téter, et ainsi se trouvait entretenue par la suction l'excitation qui est si nécessaire à la sécrétion lactée. Malgré cela, il ne s'est produit aucune espèce de kyste. Du reste, le fait bien constaté dans certains cas que la pression sur la tumeur amène l'évacuation de son contenu par le mamelon prouve qu'il n'y a pas d'obstacle complet ou du moins permanent. En réalité, les conditions mécaniques ne jouent qu'un rôle tout à fait secondaire dans la production du galactocèle. Il est engendré par des causes biologiques et relève d'un trouble dans l'activité des cellules épithéliales, trouble qui est d'origine inflammatoire. Ce n'est donc qu'une modalité des kystes qu'on rencontre si souvent dans les tumeurs bénignes du sein (1).

Le galactocèle véritable ne se rencontre que chez la femme (2). Il débute pendant la lactation ou au moment du sevrage. Dans le cas de Dupuytren, le début a eu lieu pendant la grossesse. De même, dans le cas de Puech, la malade reçut, au cinquième mois de la gestation, un coup de coude dans le sein gauche, puis se froissa le même sein contre une clef de porte. Un mois après, elle constata la présence d'une tumeur du volume d'une noix, qui augmenta après l'accouchement. Le fait de Bouchacourt est plus singulier. La malade reçut un coup sur le sein droit pendant qu'elle allaitait son second enfant. C'est seulement onze ans après qu'apparut la tumeur, et au bout de vingt-quatre ans qu'on l'examine. On pourrait aussi bien dire qu'il s'agissait d'un adénome kystique. La tumeur occupe le plus souvent le segment externe de la glande. Son développement est extrêmement lent ; il n'y a d'exception que pour le fait étrange de Volpi, où, en deux mois, la tumeur était devenue si volumineuse qu'elle reposait sur les cuisses lorsque la malade était assise. Les symptômes fonctionnels sont peu accentués. Quelquefois il y a quelques légères douleurs au début ou pendant la suction. La sécrétion peut être notablement diminuée. La malade de Gillette, qui a eu deux enfants après le début de la tumeur, n'a pu les nourrir qu'avec le sein opposé.

La tumeur est facile à explorer, étant indolente à la pression. Sa forme est en général régulièrement arrondie, mais la glande refoulée à sa périphérie peut lui donner une apparence lobulée, et la présence de kystes secondaires peut la déformer davantage encore. C'est l'exception. Elle est mobile sur les parties profondes, sans adhérence à la peau, qui ne présente aucune altération. Sa consistance est variable et dépend du degré de tension du liquide et de sa nature. Tantôt elle est nettement fluctuante, tantôt elle est molle, le flot se transmet mal. Dans d'autres cas, elle est rénitente, presque dure. Quelquefois la palpa-

(1) L'origine traumatique est signalée dans cinq observations : BOUCHACOURT, *Gaz. méd. de Lyon*, 1857, p. 47. — PUECH,  *loco citato*. — JOBERT, *Gaz. des hôp.*, 1865, p. 525. — GILLETTE, *Union médicale*, 1878, t. XXV, p. 945. — P. GOULD,  *loco citato*. Mais deux de ces observations, celle de Bouchacourt et celle de Jobert, sont sujettes à contestation.

(2) Velpeau rapporte une observation de tumeur liquide qui existait depuis neuf ans chez un homme de soixante-quinze ans. Il est difficile d'admettre avec lui qu'il se soit agi d'un galactocèle.



tion permet de reconnaître un symptôme presque caractéristique. La tumeur garde l'empreinte du doigt qui l'a déprimée. Ce symptôme, signalé par Dupuytren, a été constaté par Gillette. Il ne se rencontre que dans les cas où le contenu est devenu caséux ou butyreux. Lorsqu'il n'y a pas d'œdème, il est presque pathognomonique. Un autre signe très important, mais qu'on rencontre rarement, c'est l'écoulement de lait par le mamelon déterminé par des pressions sur la tumeur. J'ai à peine besoin de dire que ce signe n'a de valeur qu'à la condition que la mamelle ne soit pas en lactation. Je ne crois pas qu'on puisse observer simultanément les deux symptômes caractéristiques du galactocèle, la persistance de l'empreinte du doigt et l'écoulement du liquide par le mamelon. En effet, le premier exige pour se produire que le contenu soit épais, le second qu'il soit fluide.

La marche est très lente. Peut-être un galactocèle de petite taille peut-il disparaître complètement lorsque la lactation cesse. En général, la tumeur persiste en subissant seulement de légères modifications dans son volume. Dans le cas de Volpi, l'accroissement s'est fait d'une manière progressive et rapide. D'ordinaire, la tumeur, après avoir présenté quelques alternatives d'augmentation ou de diminution légères, reste à peu près stationnaire. Elle peut s'accroître considérablement s'il survient une nouvelle grossesse. Ultérieurement, la poche peut s'enflammer et il se forme un véritable abcès. Alors les ganglions, qui ne présentaient jusque-là aucune altération, s'engorgent, et la collection purpurée tend à se faire jour à l'extérieur. Je ne crois pas qu'on ait jamais observé de transformation maligne d'un galactocèle véritable. Brodie pense que lorsque les kystes s'enflamment, leur fond peut donner naissance à des bourgeons fongueux capables de faire croire à un cancer. Il est fort probable que dans les cas de ce genre il s'agissait de néoplasmes kystiques et non de galactocèles légitimes.

Le diagnostic du galactocèle est parfois très facile. Quand on trouve une tumeur régulièrement arrondie, qui s'est développée pendant la lactation, que cette tumeur garde l'empreinte du doigt, ou bien qu'elle est nettement fluctuante et que la pression exercée sur elle amène l'issue de lait par le mamelon, il n'y a vraiment pas de place pour le doute. Il ne saurait s'agir d'autre chose que d'un galactocèle. Quand la tumeur est vieille, qu'elle ne garde pas l'empreinte du doigt, que la fluctuation est obscure, qu'il n'y a pas d'écoulement par le mamelon, le diagnostic est plus difficile. On pourrait croire à un adéno-fibrome, et vraiment l'erreur ne serait pas considérable. Les lésions du galactocèle sont à peu près identiques à celles de l'adéno-fibrome. Entre ces deux affections, il n'y a qu'une différence, c'est la nature du contenu, qui ressemble plus directement à du lait dans le galactocèle que dans les adéno-fibromes. Cette différence est si peu importante, qu'il serait parfaitement légitime de réunir ces deux maladies et de considérer le galactocèle comme une simple modalité des adéno-fibromes.

Quand on constate l'existence d'un galactocèle chez une femme qui nourrit, la première chose à faire est de suspendre l'allaitement. La malade de Volpi pensait vider la tumeur en donnant sans relâche le sein affecté : elle n'a réussi qu'à lui faire atteindre des dimensions qui n'ont jamais été égalées.

Le traitement curatif comprend trois méthodes principales : la ponction suivie d'injection modificatrice, l'incision et l'extirpation. La ponction, bien qu'elle ait donné un succès à Cooper, est généralement insuffisante. Duplay a complètement échoué par la ponction suivie d'injection iodée. C'est une mé-

thode douloureuse, souvent inefficace, qui peut amener des inflammations : il faut y renoncer. L'incision n'est guère plus recommandable : le liquide évacué, il reste la poche, peu propre à la réunion. Gillette, qui a fait l'incision, n'a pas suivi sa malade jusqu'à la guérison. Dans le cas de P. Gould, un écoulement laiteux ou purulent a persisté pendant sept mois. Aussi, je pense qu'il est préférable de recourir au traitement qui tend à se généraliser pour les kystes de toutes les régions : l'énucléation suivie de réunion par première intention.

#### B. — MASTITES CHRONIQUES DIFFUSES OU A NOYAUX MULTIPLES

Avant d'entrer dans l'étude des véritables mastites chroniques diffuses, je dois dire quelques mots de ce qu'on a appelé « l'hypertrophie mammaire dans la tuberculose pulmonaire » et de certains engorgements subaigus qui ont été étudiés par Le Dentu et Verneuil.

*Mastite inflammatoire simple liée à la tuberculose pleuro-pulmonaire.* — Leudet, le premier, a signalé au Congrès de Grenoble, en août 1885, l'hypertrophie de la mamelle chez les hommes atteints de tuberculose pulmonaire. L'année suivante (1), il a publié sur le même sujet un mémoire basé sur six observations. Allot en a fait, en 1887, l'objet de sa thèse inaugurale. Ce dernier a confondu, dans son travail, l'hypertrophie vraie et certains cas de gynécomastie avec l'affection que Leudet a décrite. Celle-ci ne me paraît nullement mériter le nom d'hypertrophie. On verra, en effet, qu'elle a des caractères nettement inflammatoires et qu'en outre elle se termine presque toujours par résolution.

Jusqu'à présent, cette affection n'a été observée que chez des hommes. Allot rapporte deux faits observés chez les femmes : dans l'un, il s'agit incontestablement d'une hypertrophie véritable : c'est celui qui a été présenté par Klippel (2) à la Société anatomique ; l'autre est pour le moins douteux. Toutefois, il n'est pas impossible qu'on l'observe ultérieurement chez les femmes.

Elle survient chez des tuberculeux avancés, du côté où les lésions sont le plus graves, et probablement lorsque la plèvre est envahie. On l'a vue des deux côtés à la fois. Elle débute d'une façon aiguë ou subaiguë. Les malades se plaignent de douleurs dans la région thoracique et particulièrement au niveau de la mamelle. Ces douleurs consistent en élancements accompagnés de sensations de piqûres. En même temps la mamelle se tuméfie dans son ensemble. Elle atteint rarement un volume considérable. La forme est conservée, le sein ressemble à celui d'une toute jeune fille. La peau est quelquefois légèrement rosée ; toujours le sein est douloureux à la pression ; le simple contact des vêtements est pénible. Les choses restent en cet état pendant un, deux ou trois mois au plus, puis, si le malade ne succombe pas à la tuberculose viscérale, l'affection entre en résolution. Les douleurs diminuent et la tuméfaction disparaît sans laisser de traces. Telle est la véritable physionomie de cette mastite. Allot admet une autre forme chronique et indolente se terminant par une hypertrophie définitive de la glande. Je crois qu'il y a là une erreur d'interprétation. Aucune

(1) LEUDET, *Arch. génér. de méd.*, janvier 1886.

(2) KLIPPEL, *Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 246.



des observations qu'il donne de cette forme n'est concluante; il s'agit ou d'hypertrophie vraie ou de gynécomastie.

Klippel<sup>(1)</sup> a fait l'examen histologique de la mamelle d'un homme de trente-quatre ans, qui avait succombé avant que la mastite fût entrée en résolution. Il n'a trouvé que des productions fibreuses autour des conduits et lobules de la glande. Mais l'examen macroscopique a permis de faire une constatation plus importante : c'est qu'il y avait des adhérences pleuro-pulmonaires étendues dans la région thoracique antérieure.

Quelle est donc la nature de cette mastite? Son évolution et les constatations anatomiques montrent qu'elle n'est pas tuberculeuse, bien qu'elle se développe chez les tuberculeux. Est-elle due à une propagation directe de l'inflammation pleurale à la mamelle, à des troubles trophiques ou vaso-moteurs consécutifs à l'irritation des nerfs intercostaux? Nous ne saurions le dire.

Le Dentu<sup>(2)</sup> a communiqué à la Société de chirurgie l'observation d'un engorgement assez singulier de la glande mammaire. Il s'agissait d'une femme de soixante-dix-neuf ans, qui avait été opérée à trente-sept ans d'une tumeur du sein gauche et qui avait encore des pertes utérines rouges et blanches. Le sein gauche était plus volumineux que le droit. Sur sa moitié externe, la peau était d'un rouge foncé, toute la région de la glande présentait une induration considérable. Les ganglions de l'aisselle étaient pris et tout le membre supérieur œdématié. En deux mois et demi, la tuméfaction disparut, et il ne resta qu'un léger engorgement. Le Dentu a proposé de donner à cette affection le nom de sclérome phlegmasique temporaire de la mamelle.

A propos de cette observation, Verneuil a rapporté trois exemples d'une sorte d'œdème rhumatismal du sein. Dans les trois cas, l'affection s'était rapidement développée. La mamelle s'était gonflée et durcie; dans un cas, « elle était tendue, luisante, et avait l'aspect, au point de vue de la turgescence, d'une pièce hydrotomisée ». Les accidents ont toujours disparu en quelques jours. Les trois malades étaient arthritiques, rhumatisantes, graveleuses ou goutteuses.

2° *Mastites chroniques diffuses ou à noyaux multiples.* — *Mammite noueuse.* — *Maladie kystique.* — Il s'agit là d'un groupe d'affections fort obscures, qui avaient été vues dans le milieu de ce siècle, qui sont tombées ensuite dans une sorte d'oubli et dont l'étude n'a été reprise que tout récemment.

Wernher<sup>(3)</sup> a décrit une mastite chronique, qui se termine par induration avec destruction de l'élément glandulaire, une sorte d'atrophie douloureuse de la mamelle. Il a comparé ce processus à celui du « foie granuleux » et désigné l'affection sous le nom de mamelle granuleuse, de cirrhose de la mamelle. Cruveilhier<sup>(4)</sup> parle sommairement d'affections du même genre et dit qu'on peut distinguer ces atrophies mammaires du squirrhe atrophique à ce que la coupe ne donne pas de suc. A. Cooper, dans le chapitre intitulé *Maladie hydatique de la mamelle*, décrit une affection dans laquelle la mamelle « est farcie de kystes. Le volume des vésicules varie de celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une balle de fusil... Dans la majorité des cas, la maladie envahit toute la mamelle... La maladie hydatique du rein présente dans sa première période des points de

(1) KLIPPEL, Thèse d'Allot, 1887, p. 52.

(2) LE DENTU, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1875, p. 607.

(3) WERNHER, *Zeitschrift für rat. Medicin*, 1851, t. V, p. 155; 1854, t. V, p. 29.

(4) CRUVEILHIER, *Traité d'anat. pathol.*, t. III, p. 605.

ressemblance avec l'inflammation chronique simple.... Dans la seconde période, lorsque la fluctuation existe, on la reconnaît encore à l'indolence de la tumeur et de plus à l'existence de plusieurs points de fluctuation distincts les uns des autres. Mais le meilleur moyen d'arriver à un diagnostic précis consiste à faire une ponction dans le kyste ».

Velpeau a décrit sommairement la mastite chronique diffuse sous le nom d'« induration en masse<sup>(1)</sup> ». Virchow<sup>(2)</sup> l'appelle fibrome diffus. « L'affection, dit-il, débute par des phénomènes inflammatoires, notamment par une tuméfaction douloureuse », et il déclare que « cette affection est la même que nous connaissons dans les poumons, le foie et les reins sous le nom d'inflammation interstitielle ». Duplay l'appelle mammite parenchymateuse chronique. Kœnig<sup>(3)</sup>, dans son *Traité de chirurgie*, lui consacre un chapitre court mais très important. Phocas<sup>(4)</sup>, sous l'inspiration de son maître Tillaux, a consacré sa thèse inaugurale à l'étude de cette forme de mastite qu'il appelle *maladie noueuse*. Quelques mois auparavant, Mugnā<sup>(5)</sup> avait étudié d'une manière particulière la « mastite interstitielle chronique de la période d'involution ».

La description de Cooper était tombée dans l'oubli, lorsqu'en 1885 Reclus<sup>(6)</sup> rappela l'attention sur cette forme clinique qu'il a caractérisée du nom de *maladie kystique*. Par là, Reclus a rendu un véritable service dont le besoin se faisait évidemment sentir, puisque nous voyons depuis Schimmelbusch<sup>(7)</sup> en Allemagne, Snow<sup>(8)</sup> en Angleterre, découvrir à nouveau cette maladie ancienne, sans même citer la remarquable description qu'il en a donnée. A l'ensemble symptomatique esquissé par Cooper, Reclus a ajouté un fait, la bilatéralité de l'affection. La « maladie kystique » est donc caractérisée par l'envahissement des deux mamelles et dans chaque mamelle par la présence de kystes, en nombre souvent considérable, occupant la glande entière.

Le syndrome clinique de Reclus existe incontestablement, et le nombre des observations publiées depuis 1885 prouve même qu'il n'est pas très rare. Des signes qui le constituent, l'un, la bilatéralité, que du reste Reclus ne donnait pas comme constante<sup>(9)</sup>, s'est montré infidèle, mais pour chaque sein le syndrome subsiste.

Il s'agit de savoir si à ce syndrome clinique correspond une lésion anatomopathologique; c'est là le point important, car une maladie ne peut être scientifiquement constituée que par le rapprochement de lésions et de symptômes.

Les premiers examens anatomiques ont été faits par Malassez et Brissaud<sup>(10)</sup>. Le contenu des kystes est tantôt un liquide jaune, presque transparent, tantôt un liquide visqueux, brunâtre, trouble, avec des reflets verts, tantôt une bouillie athéromateuse. « L'anomalie consiste, d'après Brissaud, dans la réunion et la coexistence sur une seule et même mamelle des caractères qu'on n'observe point ensemble dans l'un ou l'autre des états physiologiques de cette glande... Sur une coupe de la totalité de la glande, on reconnaît la substance dure,

(1) VELPEAU, art. MAMELLE du *Dict. de méd.*, et *Traité des maladies du sein*, p. 255.

(2) VIRCHOW, *Traité des tumeurs*, t. I, p. 525.

(3) KOENIG, *Traité de chirurgie*, février 1886, t. II, p. 89.

(4) PHOCAS, Thèse de Paris, 1886.

(5) MUGNĀ, Congrès de la Soc. ital. de chir. Rome, 1886.

(6) RECLUS, *Revue de chirurgie*, 1885.

(7) SCHIMMELBUSCH, Congrès de Berlin, 1890.

(8) SNOW, *The Lancet*, 1<sup>er</sup> février 1898, p. 240.

(9) *Revue de chirurgie*, 1885, p. 772.

(10) BRISSAUD, *Arch. de physiol.*, 1884, 1<sup>re</sup> série, p. 98.