

sorte de « maladie kystique ». Je ne parle pas ici de cette transformation kystique d'origine congénitale sur la nature de laquelle on n'est pas exactement fixé, mais bien de cette dégénérescence qu'on observe chez l'adulte et que tout le monde rattache à la néphrite interstitielle. Dans le testicule, autre organe glandulaire, on observe aussi des kystes. Je laisse de côté la « maladie kystique » du testicule, car notre ignorance est encore profonde à ce sujet; mais au sujet de l'épididyme, quoi de plus fréquent que ces petits kystes étudiés autrefois par Gosselin? Les glandules salivaires forment assez souvent de petits kystes, que personne jamais n'a eu l'idée de regarder comme des néoplasmes. Tout le monde ne s'accorde-t-il pas à attribuer une origine inflammatoire à cette dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire, véritable « maladie kystique » dont la fréquence est extrême et qu'on commence aujourd'hui à mieux connaître? Enfin dans la muqueuse utérine les kystes sont loin d'être rares. Qui donc oserait dire que les œufs de Naboth sont des épithéliomes? Dans les leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, M. Cornil a donné une figure d'une pièce très singulière dont j'ai fait moi-même représenter un autre point dans ce *Traité*. La muqueuse utérine est soulevée par des kystes en si grand nombre qu'ils ne sont séparés que par de minces cloisons. C'est là si l'on veut une « maladie kystique » de la muqueuse utérine, et cependant il est bien certain qu'il s'agit d'une métrite, c'est-à-dire d'une maladie inflammatoire.

Pour toutes ces raisons tirées, les unes de l'examen direct des préparations microscopiques, les autres de la comparaison avec les processus pathologiques des organes similaires, je crois qu'on est autorisé à ranger les lésions que je viens de décrire dans le cadre des inflammations chroniques. Or, comme dans la majorité, je pourrais dire dans la totalité des cas, où le syndrome clinique, donné par M. Reclus, a été nettement constaté, on a trouvé des lésions analogues, il faut conclure que la « maladie kystique » n'est qu'une modalité des *mammites chroniques*.

Dans sa communication à la Société de chirurgie, M. Quénu déclare qu'il ne s'agit pas d'une mammite chronique interstitielle vulgaire. Si je le rappelle ici, ce n'est pas pour me mettre en opposition avec lui, car je partage presque absolument sa manière de voir. M. Quénu considère l'affection comme une cirrhose épithéliale; c'est aussi mon avis, comme je le dirai explicitement plus loin. Mais contrairement à lui, je pense qu'il faut ranger les cirrhoses épithéliales du sein dans les mammites, comme on range les cirrhoses épithéliales du rein dans les néphrites. D'ailleurs, j'ai démontré, je crois, l'identité de nature de la maladie kystique et de la mammite noueuse; or, tout le monde s'accorde à considérer cette dernière comme une mammite. Enfin, Gaucher et Surmont ont réussi, en injectant dans les canaux galactophores d'une chienne en lactation des cultures de staphylocoques blancs provenant d'une mammite chronique, à produire une inflammation subaiguë qui a fait évoluer la glande vers l'état scléro-kystique.

J'arrive à une question bien plus délicate. Comme ces lésions que je viens de décrire et de classer dans les mammites chroniques se rencontrent absolument identiques dans ces tumeurs bénignes sur lesquelles on a tant discuté, qu'on a appelées tour à tour tumeurs adénoïdes, corps fibreux, fibromes, adénomes, adéno-fibromes, on peut se demander si ces tumeurs sont bien des néoplasmes dans le sens vrai du mot, si elles n'ont pas, elles aussi, une origine inflamma-

toire. Je suis fort enclin à le penser. D'ailleurs, la question n'est pas aussi neuve qu'on pourrait le croire, et quelques auteurs d'une grande autorité l'ont déjà tranchée dans le même sens. Virchow⁽¹⁾ n'hésite pas à dire que les fibromes de la mamelle, ceux que Cruveilhier a appelés les corps fibreux, sont le produit d'inflammations chroniques: « Il s'agit évidemment au début, dans ces cas, d'une mastite interstitielle, qui atteint quelques lobes des lobules de la glande et s'étend aux canaux et aux vésicules. » Kœnig⁽²⁾ est du même avis: « Le fibrome de la glande mammaire, dit-il, représente le dernier terme de cette forme de mastite. On doit faire rentrer ici une partie des tumeurs décrites par Cooper sous le nom de *Chronic Mammary Tumor*, par Cruveilhier sous le nom de corps fibreux, et Velpeau sous celui de tumeurs hypertrophiques ou fibrocystiques. » Kœnig appuie son opinion sur des examens histologiques qui lui ont permis de constater des lésions identiques à celles que je viens de décrire: « L'examen des nodosités récentes montre, ainsi que j'ai pu le constater dans un certain nombre de cas, une abondante infiltration de petites cellules dans le tissu conjonctif péri-acineux. Dans beaucoup d'endroits, l'infiltration cellulaire entre les acini était si abondante que les dernières disparaissaient à la suite de la dégénérescence graisseuse de leur épithélium: conséquence de la pression exercée par le tissu conjonctif environnant. »

A cette conception qui consiste à regarder la plupart des tumeurs adénoïdes de Velpeau comme des noyaux de mammite chronique partielle, les cliniciens ne manqueront pas d'objecter que ces tumeurs ont précisément pour caractère d'être encapsulées, très mobiles, sur les parties voisines, caractères qui sont opposés à ceux des tumeurs inflammatoires. Je répondrai que l'encapsulation au point de vue anatomique n'est pas toujours aussi complet que la mobilité pourrait le faire croire; je répondrai encore qu'il s'agit d'une inflammation chronique, bien différente des inflammations aiguës; je répondrai surtout que l'encapsulation peut s'expliquer par la disposition anatomique normale de la glande mammaire. Ces noyaux de mammite partielle ont, si l'on en juge par le nombre des éléments glandulaires qu'on y trouve, souvent pour origine un seul lobule de la glande. Or qu'on étudie un lobule normal de la mamelle, on verra que le tissu conjonctif intra-lobulaire, inter-acineux qui sépare les uns des autres les différents acini d'un même lobule, est bien différent par sa texture du tissu conjonctif inter-lobulaire. Entre les deux, il existe une zone lâche, lamelleuse, sorte de capsule péri-lobulaire naturelle. Rien d'étonnant à ce que cette capsule persiste quand le lobule se développe sous l'influence d'une inflammation chronique à lui limitée.

Quel est l'agent de ces inflammations chroniques? L'agent pathogène est souvent le staphylocoque blanc. Je l'ai trouvé dans des adéno-fibromes véritables. Mais il n'est pas probable que cet agent soit spécifique: il est, au contraire, très vraisemblable que d'autres micro-organismes atténués pourraient agir de même. Sur quels éléments l'agent pathogène agit-il d'abord? Il ne peut arriver dans la mamelle que par trois voies: les vaisseaux lymphatiques, les vaisseaux sanguins, les canaux glandulaires. Or, il est de toute évidence que la voie lymphatique ne saurait être mise en cause ici. La voie sanguine paraîtra non moins improbable si l'on se rappelle que la mamelle, loin d'avoir une vascularisation spé-

(1) VIRCHOW, *Pathologie des tumeurs*, t. I, p. 528.

(2) KOENIG, *Traité de pathologie*. Trad. franç., t. II, p. 571, et note de cette même page.

ciale, puise ses vaisseaux pour ainsi dire au hasard dans tout le voisinage. On est donc conduit à penser que l'infection se fait par les canaux glandulaires, et l'examen histologique des pièces fournit un sérieux appoint à cette hypothèse. En effet, les canaux présentent constamment des altérations; il y a même des cas où ils sont seuls malades. Les altérations épithéliales sont toujours considérables; la prolifération conjonctive a nettement pour centre les appareils glandulaires, canaux ou acini qu'elle encercle de zones concentriques; enfin, l'infiltration embryonnaire est bien plus intense au voisinage de l'épithélium que partout ailleurs. Il semble donc bien réel que l'agent irritatif est endocanaliculaire, qu'il porte son action d'abord sur l'élément épithélial, et que la réaction conjonctive est secondaire aux altérations de l'épithélium. En d'autres termes, il s'agit là d'un processus commun à la majorité des organes glandulaires, que M. Charcot a très justement dénommé cirrhose épithéliale.

Je crois bon d'ajouter que la réalité de ce processus, qui avait pu paraître hypothétique ou obscur, a été démontrée par la pathologie comparée. La psorosperme du foie des lapins en est un bel exemple. M. Malassez, qui l'a soigneusement étudiée, a constaté l'évolution suivante des lésions. Au début, il se forme des végétations épithéliales avec dilatation des conduits et léger soulèvement de la paroi. Puis le tissu conjonctif réagit et forme dans l'intérieur du conduit dilaté des végétations abondantes. Mais alors l'épithélium disparaît complètement; les végétations s'anastomosent et forment par leur union des loges purement conjonctives, dans lesquelles on ne trouve plus d'épithélium, mais seulement des coecidies. Ces lésions présentent, on le voit, une grande ressemblance avec la cirrhose épithéliale de la mamelle; mais là on sait que le parasite qui est la cause du mal vit dans les cellules épithéliales elles-mêmes. La mammite chronique des vaches laitières est aussi particulièrement intéressante, comme tous les types de transition. Le microbe pathogène vit dans les canaux glandulaires, dont il ne sort jamais, nous disent Nocard et Mollereau. C'est à distance, secondairement, qu'il entraîne la réaction conjonctive. Mais, comme pour mieux montrer la nature inflammatoire du mal, il y a production de pus, les canaux glandulaires suppurent.

De cet exposé on peut tirer les conclusions suivantes: Il existe dans la mamelle une mammite chronique, cirrhose épithéliale, qui donne lieu à des symptômes cliniques variables suivant la modalité évolutive de son processus, et suivant sa distribution topographique.

Le processus est essentiellement caractérisé par des altérations glandulaires épithéliales qui sont primitives, et une réaction conjonctive qui est secondaire. Les différences dans les proportions relatives des altérations épithéliales et des altérations conjonctives engendrent deux types anatomo-pathologiques, qui ne sont bien tranchés que dans leur forme extrême et entre lesquels on trouve une foule d'intermédiaires.

Quand l'activité épithéliale l'emporte, il se forme des kystes. Si, au contraire, la réaction fibreuse plus intense étouffe l'épithélium, il se forme des noyaux fibreux dans lesquels on trouve des vestiges glandulaires plus ou moins atrophiés.

La distribution topographique entraîne des différences non moins importantes au point de vue clinique. Le processus est ou bien circonscrit ou bien généralisé à toute la glande.

Quand il est circonscrit, il porte soit sur les canaux seuls (cirrhose péricanaliculaire de certains auteurs), soit sur un seul lobule de la glande (cirrhose

lobulaire avec ou sans kyste comprenant un grand nombre, sinon la totalité des tumeurs adénoïdes de Velpeau).

Quand il est généralisé à toute la glande, on trouve réunies la cirrhose péricanaliculaire et la cirrhose lobulaire. Alors les deux modalités évolutives du processus produisent deux types cliniques différents: maladie kystique si l'activité épithéliale est plus intense, fibromes multiples si la réaction conjonctive l'emporte. Entre ces deux extrêmes, il existe une foule d'intermédiaires où les kystes et les noyaux fibreux s'associent en nombre variable.

Les mastites scléro-kystiques s'observent à tous les âges, mais on les voit avec une particulière fréquence chez les jeunes filles dans les années qui suivent la puberté et chez les femmes d'un âge mûr au moment de la ménopause. Je ne serais point étonné qu'elles prennent toutes naissance à l'un ou l'autre de ces moments, mais comme elles ont un début insidieux, une marche lente, et qu'elles sont peu ou pas douloureuses, bien des malades ne viennent consulter que longtemps après le début du mal. Certains auteurs attachent une grande importance étiologique aux troubles menstruels. Il est possible qu'ils aient raison. En tout cas, les malades atteintes sont souvent des femmes qui ont de fortes congestions mammaires au moment des règles. Le début est fréquemment insidieux, et c'est par hasard que les malades constatent dans leur sein la présence de nodosités multiples, dures, irrégulières ou arrondies, peu ou pas douloureuses à la pression. Dans d'autres cas, le début s'annonce par des douleurs, douleurs tensives, ordinairement de peu d'intensité, qui occupent toute la mamelle. En même temps l'organe se tuméfie et devient douloureux. Mais il ne faut pas s'attendre à trouver là des phénomènes inflammatoires bien manifestes. Il n'y a pas de réaction générale, pas de fièvre, et la peau ne présente aucune altération.

Il n'est pas absolument certain que ces deux modes de début appartiennent à la même affection. Kœnig considère la mastite qui débute par une tuméfaction douloureuse du sein comme une forme spéciale, extrêmement rare, qui doit se terminer fatalement par l'atrophie de la glande; il l'appelle mastite interstitielle diffuse. L'autre forme, qui débute par des nodosités multiples, serait une maladie différente. Cette opinion de Kœnig a une très grande valeur, car c'est lui qui a certainement le mieux décrit les mastites chroniques. Cependant, je ne l'ai pas adoptée, car il ne me paraît pas démontré que la tuméfaction générale de la glande ne puisse pas disparaître en laissant seulement une série de nodosités, et d'autre part parce qu'il y a des formes intermédiaires où la tuméfaction générale est peu accentuée et où les nodosités qui se forment ne dépassent guère le volume d'un pois. Je crois, en somme, que ces diverses modalités cliniques appartiennent à une même maladie d'évolution un peu variable. Quant à l'épithète d'*interstitielle* qu'adopte Kœnig, je la rejette absolument, car je crois, comme je l'ai exposé plus haut, que le processus de ces mastites chroniques est primitivement glandulaire, et que la réaction du tissu conjonctif, bien qu'elle puisse devenir prédominante, est secondaire. Je sais bien qu'on donne couramment le nom d'interstitielles à certaines néphrites dont le processus est très comparable à celui des mastites chroniques, mais ce n'est pas une raison, si cette dénomination est mauvaise, pour la généraliser.

Il est rare qu'on assiste au début de l'affection; en général, quand les malades viennent consulter, elle évolue déjà depuis un certain temps.

Quelquefois, le seul symptôme qui attire l'attention des malades, c'est l'écou-

lement de liquide séreux par le mamelon. Sauf cet écoulement, elles n'ont remarqué aucune modification dans leurs seins. J'ai vu une malade qui avait aussi un écoulement abondant et permanent par le mamelon du sein droit depuis cinq ans. Elle avait pris l'habitude de vider ce sein matin et soir par des pressions et, malgré cela, elle était obligée de garnir le mamelon d'une compresse pour éviter d'avoir la chemise mouillée. Les lésions, très légères, ne se révélaient qu'à une palpation très attentive. Les acini n'étaient guère plus développés que ceux d'une femme enceinte. Chez une autre malade, qui se plaignait uniquement aussi d'un écoulement anormal, il n'y avait que deux petites nodosités, grosses comme des pois, siégeant sous le mamelon. Ces écoulements des mammites chroniques sont ou tout à fait limpides ou lactescentes, quelquefois brunâtres, mais jamais ils ne sont formés de sang pur.

L'examen par la vue ne révèle rien d'anormal. C'est à la palpation qu'il faut demander tous les renseignements. Les signes fournis par ce mode d'exploration sont très différents suivant les cas. Pour la commodité de la description, je distinguerai deux types principaux, mais je me hâte de déclarer qu'ils peuvent se trouver réunis ou combinés en proportions diverses.

Dans la forme tout à fait diffuse, où la mamelle est prise en totalité et également dans ses diverses parties, si l'on saisit l'organe à pleine main transversalement ou verticalement, d'un côté à l'autre ou de haut en bas, on croit sentir une tumeur volumineuse, l'occupant tout entier. Mais si, après cette constatation, on palpe d'avant en arrière en étalant la mamelle sur le thorax, l'énorme tumeur qu'on avait cru sentir disparaît, s'évanouit, ou plutôt elle se résout en une infinité de grains, de minuscules nodosités. Ces nodosités sont fermes, arrondies ou bien irrégulières. Leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un pois ou d'une noisette. Suivant la comparaison de Phocas, on dirait qu'on a piqué une grande quantité d'épingles dans l'épaisseur de la mamelle, et qu'on en sent les têtes à travers la peau.

J'ai vu une malade chez qui les tumeurs multiples, en frottant les unes contre les autres, donnaient à la palpation la sensation de collision crépitante.

Dans la forme à noyaux multiples, ce qui frappe tout d'abord, c'est l'existence de deux ou trois nodosités, quelquefois davantage, nodosités rondes, assez dures parfois, un peu douloureuses à la pression, dont le volume atteint ou dépasse celui d'une noix et même d'un œuf.

Dans les deux formes on peut trouver les ganglions axillaires engorgés, mais c'est l'exception. Ces deux formes sont d'ailleurs fréquemment associées. Les malades viennent souvent consulter pour une ou deux tumeurs plus volumineuses qu'elles ont seules remarquées. Mais en les examinant attentivement, on constate que le reste de la glande est farci de nodosités.

Je ne crois pas qu'il y ait lieu de décrire deux types cliniques suivant que le processus est principalement fibreux ou principalement kystique. Les kystes sont si durs qu'ils donnent l'impression de noyaux fibreux. Seule la ponction exploratrice révèle leur nature. Et puis il est fréquent, habituel même, qu'à côté des kystes il existe des noyaux fibreux.

La marche est très variable. J'ai déjà dit que tantôt le début est absolument insidieux, tantôt il s'accuse par un engorgement diffus de toute la glande, qui laisse à sa suite les grains ou nodosités caractéristiques. Quelquefois, la maladie reste à l'état d'ébauche : elle rétrocede, et en quelques mois disparaît. Dans l'immense majorité des cas, elle persiste plus ou moins longtemps, et il n'est

pas sûr qu'elle puisse ensuite complètement guérir. Peut-être laisse-t-elle alors des traces indélébiles. En tout cas, et c'est là un fait important, la marche est irrégulière, oscillante, comme dit Phocas. Certaines nodosités diminuent, disparaissent même, tandis que de nouvelles se développent et que d'autres augmentent de volume. « Il n'est pas rare, dit Kœnig⁽¹⁾, de voir la mastite interstitielle se développer par poussées successives et dans les deux seins simultanément. C'est principalement au moment des règles que l'on voit survenir de nouvelles nodosités; le sein tout entier devient douloureux, et assez souvent il sécrète à ce moment un liquide plus ou moins aqueux, ressemblant à du lait. En même temps, les ganglions de l'aisselle se tuméfient et deviennent douloureux. Après les règles, les symptômes inflammatoires disparaissent, et il ne reste plus que la ou les nodosités. »

Quelle est, ou plutôt quelles sont les terminaisons de cette maladie? La mastite diffuse peut se terminer par atrophie de la mamelle. Le tissu conjonctif infiltré de produits inflammatoires se rétracte : les acini sont étouffés, et il ne reste que quelques conduits excreteurs qui peuvent devenir kystiques (Virchow). C'est une sorte de sclérose atrophique, la cirrhose mammaire de Wernher. Cette terminaison est rare, mais paraît bien établie. Billroth⁽²⁾ en a publié un remarquable exemple. Dans d'autres cas, la maladie peut complètement guérir, ainsi que je l'ai déjà dit.

Le plus souvent les lésions persistent indéfiniment. Tantôt elles restent à l'état stationnaire, tantôt l'un des noyaux prend un volume plus considérable que les autres. Dans ce cas, et surtout dans les formes circonscrites, on est conduit à porter le diagnostic d'adéno-fibrome. Ce diagnostic est-il exact? Existe-t-il une différence entre les noyaux persistants de mammite chronique et les tumeurs adénoïdes de Velpeau? Je ne le crois pas. Ceci nous ramène à la grosse et difficile question des rapports de l'inflammation chronique avec certaines tumeurs. Je l'ai suffisamment étudiée précédemment pour ne pas y revenir. Je me borne à rappeler que les hypothèses que je défendais dès 1891 ont pris corps depuis que j'ai constaté dans des recherches faites avec mon interne Longuet des micro-organismes dans les adéno-fibromes.

Le diagnostic des mammites chroniques peut être très simple ou très difficile suivant les cas, et aussi suivant les idées qu'on adopte sur leur évolution.

Lorsqu'il n'y a pas de noyaux volumineux, qu'on ne trouve dans la glande qu'une infinité de petits grains du volume d'une tête d'épingle ou au plus d'un pois, quand la marche présente ce caractère oscillant qu'on ne retrouve pas dans les autres affections du sein, quand les poussées se font surtout au moment des règles, il ne saurait guère y avoir d'hésitation. Lorsqu'il existe des noyaux indurés volumineux, il est impossible de les distinguer des adéno-fibromes multiples; mais doit-on chercher à le faire? Je ne le pense pas, puisque je considère ces adéno-fibromes multiples comme une terminaison des mastites chroniques. Lorsqu'un seul noyau se développe, on peut dire indifféremment, à mon avis du moins, qu'il s'agit d'un noyau de mammite chronique ou d'un adéno-fibrome puisque je considère ces deux affections comme identiques.

Enfin, lorsque la plupart des noyaux sont kystiques, il est fort légitime de porter le diagnostic de maladie kystique, mais en se souvenant que l'affec-

(1) KOENIG, 4^e édit., trad. franc., t. II, p. 92.

(2) BILLROTH, loco citato, p. 55.

tion est de nature tout à fait bénigne, que le syndrome de Reclus correspond anatomiquement non pas à un épithéliome, mais à une forme des mastites chroniques.

Une réelle difficulté de diagnostic surgit ici. On peut confondre la maladie kystique avec certains épithéliomes dendritiques. Ce sont même ces erreurs de diagnostic qui ont entretenu une confusion fâcheuse en empêchant d'assigner à la maladie kystique sa véritable place nosologique. En effet, dans certains cas où le diagnostic de maladie kystique avait été porté, on a constaté soit cliniquement par les récidives, soit anatomiquement par l'examen histologique, qu'il s'agissait de tumeurs malignes. Dans les cas de ce genre le syndrome clinique n'était pas au complet. Sur six observations (Reclus, Maunoury, Valade, Poncet, Tuffier), 4 fois il n'y avait rien de net dans la mamelle du côté opposé; dans un cinquième cas (Valade) il y avait un petit noyau, mais on ne dit pas ce qu'il est devenu. Dans le cas de Tuffier, les deux seins étaient pris, mais il y avait un autre signe, qui aurait permis de faire le diagnostic, c'est l'écoulement de sang par le mamelon. « Ce caractère, a dit Kirrison⁽¹⁾ à la Société de chirurgie, a peut-être une certaine importance diagnostique. En effet, dans la tumeur kystique, l'écoulement n'est jamais de sang pur, mais seulement d'un liquide plus ou moins teinté. » Je suis absolument de cet avis. L'écoulement de sérosité indique en général une affection inflammatoire chronique; l'écoulement de sang indique au contraire un néoplasme épithélial, quelquefois, très rarement, un épithéliome véritable, le plus souvent un épithéliome dendritique. Cet écoulement de sang a été constaté dans les cas de Maunoury, de Tuffier, et dans un cas de Reclus, dont l'examen histologique a été confié à Brissaud. C'est peut-être dans ce cas que ce dernier a vu une infiltration épithéliale dans le tissu conjonctif. Les observations cliniques et les examens histologiques ayant été publiés séparément, je n'ai pu m'en assurer.

Enfin, dans la plupart des cas d'épithéliome dendritique, la glande n'est pas envahie en totalité.

Il y a donc trois signes d'une certaine importance : unilatéralité, écoulement de sang par le mamelon, localisation dans une partie de la mamelle qui doivent faire penser à l'existence d'un épithéliome même s'il existe deux ou trois kystes distincts. Ce sont les signes que j'ai donnés en 1891 comme caractéristiques de l'épithéliome dendritique.

Assurément ces signes n'ont pas une valeur absolue. La mastite chronique peut être unilatérale; elle peut être partielle et, d'autre part, l'épithéliome peut être bilatéral. Je crois cependant que ces trois signes, lorsqu'ils sont réunis, ont une grande valeur. Je ne sache pas, d'ailleurs, que l'écoulement de sang pur ait été observé dans les mammites.

Le traitement des mammites chroniques ne doit pas être opératoire. M. Reclus, s'appuyant sur les conclusions histologiques de Malassez et de Brissaud, avait d'abord déclaré qu'il fallait pratiquer l'amputation du sein dans tous les cas de maladie kystique. Comme l'affection est souvent bilatérale, cette doctrine a conduit dans bien des cas à amputer les deux seins. Cette manière de faire est aujourd'hui abandonnée, M. Reclus lui-même y a renoncé. L'amputation n'est jamais indiquée dans les mammites chroniques quelle que soit leur forme. L'affection est trop bénigne pour justifier une exérèse, mais pour bénigne

(¹) KIRRISSON, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 25 février 1888, p. 185.

qu'elle soit elle n'en est pas moins tenace, et nous n'avons guère de traitement réellement curatif à lui opposer.

La compression associée à l'iodure de potassium est celui qui donne les meilleurs résultats. Mais la compression est pénible et ses résultats ne sont pas toujours durables. On voit des malades dont les noyaux fondent en quelque sorte sous l'influence de la compression, mais pour reprendre ensuite leur volume primitif.

On peut obtenir la régression des kystes en injectant dans leur cavité des solutions modificatrices. Depuis quatre ans que j'emploie ce traitement, je n'ai pas vu un seul accident. Je me sers d'une solution concentrée d'acide phénique dans la glycérine (parties égales) et j'en injecte de 2 à 6 gouttes. L'injection détermine quelquefois des douleurs assez vives, mais cela est exceptionnel. J'en ai fait dans des noyaux fibreux, c'est surtout dans ces cas que les douleurs ont été vives et le résultat a été insignifiant ou nul, comme on pouvait le prévoir. Dans un cas, où le seul symptôme était un écoulement abondant par le mamelon, et où il n'existait que deux petits noyaux gros comme des pois siégeant sous l'aréole, j'ai réussi à arrêter l'écoulement à la suite d'une injection qui, ayant pénétré dans le canal galactophore, était ressortie par le mamelon. Il y avait sans doute une cavité kystique, mais elle devait être bien minime. M. Heurtaux (de Nantes) m'a dit avoir obtenu également la guérison d'un certain nombre de kystes par des injections d'éther iodoformé.

Quand un noyau prend un volume exagéré et préoccupe les malades, on peut en faire l'ablation, mais sans amputer le sein.

CHAPITRE IV

TUBERCULOSE

Des abcès tuberculeux nés des côtes, ou même de la plèvre comme dans le cas célèbre de Johannet⁽¹⁾, peuvent envahir secondairement la mamelle. J'ai déjà cité des cas de ce genre à propos des abcès sous-mammaires. On a observé aussi des altérations tuberculeuses de la peau du sein. Je laisse tous ces faits de côté, pour m'occuper exclusivement des tubercules qui prennent naissance dans l'épaisseur même du parenchyme mammaire. Nous aurons à chercher s'il s'agit là d'abcès froids vulgaires se développant dans le tissu conjonctif, ou s'il s'agit d'une tuberculose spéciale ayant son origine dans la glande elle-même.

Astley Cooper a décrit la tumeur scrofuleuse de la mamelle; Velpeau consacre plusieurs chapitres à la tuberculose. Cependant Virchow, dans son *Traité des tumeurs*, Cornil et Ranvier dans la première édition de leur *Manuel d'histologie pathologique*, déclarent qu'on ne connaît pas d'exemples de tubercules de la mamelle. Dubar, étudiant les observations des deux chirurgiens cités, arrive à les éliminer presque toutes. Sans reprendre cet inutile travail de revision, je dois dire qu'il ne me paraît pas douteux qu'Astley Cooper, Velpeau, Ferster,

(¹) JOHANNET, *Revue méd.-chir.*, t. XIII, p. 501.