

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.

aient observé des abcès tuberculeux de la mamelle. Richet⁽¹⁾, en 1880, décrit 2 cas de tuberculose de la glande mammaire. Si l'un est un peu confus, l'autre est complet, puisque Robin en a fait l'examen histologique, et il datait déjà à cette époque de vingt-deux ans. Toutefois, il est juste de reconnaître que l'étude véritablement scientifique de la tuberculose mammaire ne commence qu'avec la remarquable thèse de Dubar⁽²⁾, qui d'un seul coup l'a portée à un haut degré de perfection. Puis sont venus les travaux d'Ohnacker, Orthmann, Habermaas, Piskacek, Hering, Maudry, Bender, Berchtold, Remy et Noël, Villard, Robinson, Sabrazès et Binaud, Reerink. On trouvera cet historique très complètement traité dans le mémoire de Sabrazès et Binaud. En 1891, j'ai pu réunir 57 faits qui m'ont permis de tracer l'histoire de la tuberculose mammaire⁽³⁾.

Anatomie pathologique et pathogénie. — Dubar distingue deux formes de tuberculose de la mamelle, la forme disséminée et la forme confluente. Ohnacker n'admet pas cette distinction. Pour lui l'affection est localisée au début, disséminée plus tard et finalement confluente; c'est une simple affaire d'évolution. Ohnacker paraît s'être mépris sur la distinction de Dubar. Il est bien certain que des noyaux voisins les uns des autres gravitent autour d'un même centre et sont destinés à devenir confluents, mais il est non moins certain que la mamelle peut être envahie simultanément en plusieurs points bien distincts les uns des autres : il existe alors plusieurs centres de formation tuberculeuse. La distinction établie par Dubar est donc parfaitement légitime, et il faut la conserver. La granulie de la mamelle n'ayant jamais été observée, nous aurons à étudier deux formes de tuberculose mammaire : 1^o la forme à noyaux isolés; 2^o la forme à noyaux adjacents, confluents.

Dans la première forme, forme disséminée, qui est de beaucoup la plus rare, on trouve dans le sein des noyaux distincts séparés les uns des autres par du tissu mammaire normal ou à peine altéré. Au début, ces noyaux, du volume d'un pois, d'une noisette, d'une amande, sont jaunâtres au centre, couleur de châtaigne cuite, d'un gris bleuâtre à la périphérie. Assez fermes, mais cependant friables, ils se laissent écraser sous le doigt. Les noyaux voisins les uns des autres peuvent, s'ils augmentent, devenir confluents. La caséification du centre et l'extension périphérique amènent la formation de plusieurs abcès à parois fongueuses. Il y en avait deux dans un cas d'Ohnacker. Dans un autre fait du même auteur, plusieurs cavités grandes ou petites traversaient la mamelle sans

⁽¹⁾ RICHET, *Gazette des hôpitaux*, 15 mai 1880, p. 435.

⁽²⁾ DUBAR, Thèse de Paris, 1881.

⁽³⁾ Voici l'indication bibliographique de ces 57 observations : BILLROTH, *Deutsche Chir.*, Lief. XVI, p. 50 (2 obs.). — RICHET, *Gaz. des hôp.*, 15 mai 1880, p. 435. — DUBAR, Thèse de Paris, 1881. — LE DENTU, *Revue de chir.*, 1881, p. 26. Examen histologique par Quénu. — POIRIER, *Arch. gén. de méd.*, 1882, t. I, p. 59. Un cas chez l'homme, examen histologique par Mayor. — VERNEUIL, DURET, *Progrès méd.*, 1882, t. X, n^o 9, p. 157 (2 cas). — OHNACKER, *Arch. für klin. Chir.*, 1885, t. XXVIII, p. 566 (2 cas). — VERCHÈRE, Thèse de Paris, 1884, obs. XXXIX, p. 119. — COUDRAY, Thèse de Paris, 1884. — ORTHMANN, *Virchow's Arch.*, t. C, p. 565 (2 cas). — HABERMAAS, *Beiträge zur klin. Chir.*, 1886, t. II, p. 44 (2 cas). — RECLUS, *Clin. chir.*, p. 418. — SOUPLLET, *Bull. de la Soc. anat.*, 18 juin 1886, p. 443. — PISKACEK, *Medicin. Jahrb.* Wien, 1887, p. 615 (8 obs.). — KRAMER, *Centralblatt für Chir.*, 1888, p. 866, rapporte un cas personnel en faisant l'analyse du travail de Piskacek. — CAMPENON, *Semaine méd.*, 1888, t. VIII, p. 415 (2 cas). — HEBB, *Trans. of the path. Soc. of London*, 1888, p. 446. — DEBREUIL, *Gazette méd.*, 1888, n^o 17, p. 198. — SHATTOK, *Trans. of the path. Soc. of London*, 1889, p. 591. — KUMMER, *Revue méd. de la Suisse rom.*, 1890, p. 275. — REVERDIN, *Eod. loc.* (2 cas). Reverdin dit en outre que Bruns a observé 2 cas de tuberculose mammaire avec constatation des bacilles; je n'ai pu trouver la relation de ces deux cas. — THIERRY, Communication orale.

communiquer les unes avec les autres. Il est étrange qu'ayant observé des faits de ce genre, il ait pu nier la forme disséminée de la tuberculose mammaire. Quelquefois, à la coupe de la paroi de ces cavités, on voit saillir sur la surface de petits noyaux rouges, gris ou jaunes, au milieu desquels on peut distinguer à l'œil nu ou à la loupe une lumière d'où s'écoule un liquide trouble blanc jaunâtre. On a tout de suite l'idée qu'il s'agit de conduits excréteurs, et nous verrons qu'il en est réellement ainsi.

Dans la forme confluente, la plus fréquente, on trouve une tumeur unique, plus ou moins volumineuse, bosselée, mal circonscrite, qui déforme la glande. Cette tumeur ne tarde pas à se caséifier à son centre, à se creuser d'une cavité irrégulière, anfractueuse, avec des dépressions, des saillies, séparant à demi des cavités secondaires, qui quelquefois ne communiquent que par des trajets sinueux. La paroi est épaisse, tomenteuse, pourvue de sortes de franges ou de villosités à sa face interne, paraissant par sa face externe pénétrer dans le tissu sain, qu'elle envahit progressivement. Sur la coupe de cette paroi épaisse, dure, blanc grisâtre, d'aspect fibreux, on aperçoit des groupes de petits nodules, gros comme une tête d'épingle, grisâtres, demi-transparentes. Quelques-uns sont opaques, déjà caséifiés à leur centre. En somme, l'aspect macroscopique, qu'il est inutile de décrire davantage, est absolument celui d'un abcès froid.

Les lésions histologiques sont à peu près les mêmes, quelle que soit la forme macroscopique. Les légères différences qu'on a constatées dans cer-

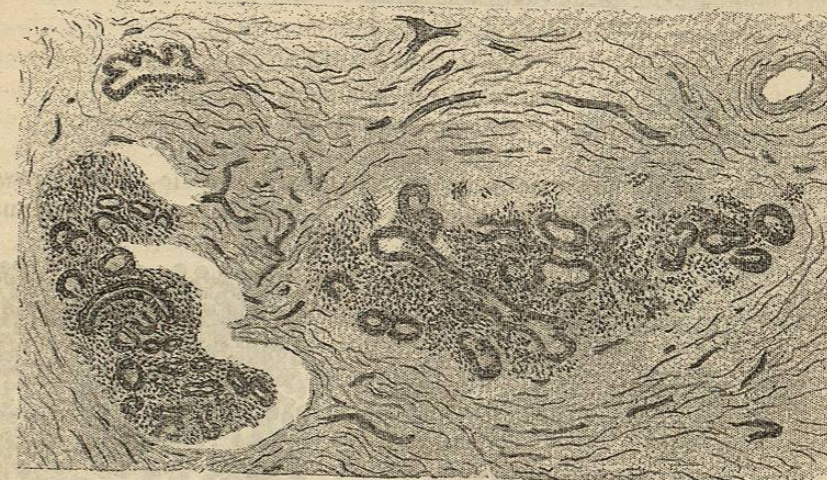


Fig. 158. — D'après Dubar.

tains cas paraissent tenir uniquement à la rapidité de l'évolution. J'étudierai séparément les altérations au niveau des acini et au niveau des conduits excréteurs.

Si l'on examine au microscope un noyau tuberculeux jeune, ou, ce qui revient au même, la partie la plus externe de la paroi d'un noyau déjà caséifié, là où les lésions sont récentes et progressives, on voit à un faible grossissement (60 D.) que le lobule a pris un aspect granuleux. Les acini et les fins conduits excréteurs sont encore visibles et nettement reconnaissables, mais dans le tissu

conjonctif inter-acineux qui les sépare on voit un fin piqueté, une infinité de petits points d'un rouge intense, si la préparation a été colorée au picro-carmin. Ce sont des cellules embryonnaires qui ont pullulé dans l'intérieur même du lobule au contact immédiat des acini. On se rend compte de cette disposition sur la figure ci-jointe.

Ce sont là des lésions d'ordre inflammatoire : rien à cette période ne permet

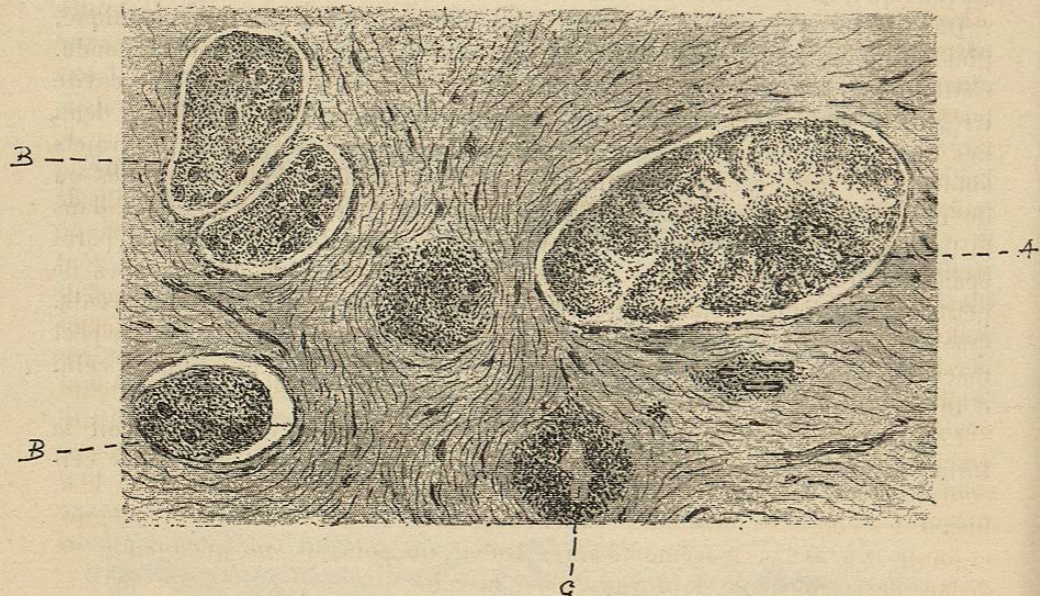


FIG. 159. — D'après Dubar.

A, canalicules. — B, P, cellules géantes. — C, noyaux caséifiés.

de dire qu'il s'agit de tuberculose. Un peu plus tard, sous le même grossissement, les lobules, dont la forme générale est conservée, sont devenus unifor-

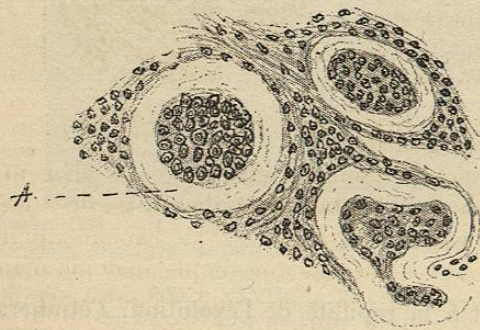


FIG. 160. — D'après Ohnacker.

A, paroi propre de l'acinus.

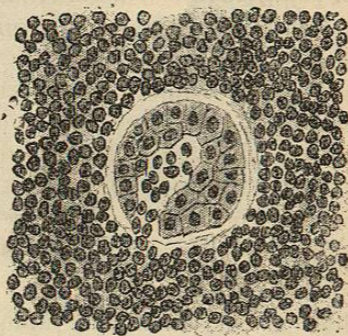


FIG. 161. — D'après Dubar.

mément granuleux. Les acini ont complètement disparu, c'est à peine si l'on reconnaît par places quelques conduits glandulaires (A, fig. 159). Dans des lobules voisins on distingue des cellules géantes (B, B, fig. 159). Quelques noyaux sont même déjà caséifiés (C, fig. 159).

Si l'on examine ces mêmes lobules malades à un plus fort grossissement (300 ou 400 d.), voici ce que l'on constate. Dans le premier stade, le tissu conjonctif intra-lobulaire, inter-acineux est infiltré de cellules embryonnaires, vivaces, qui se colorent d'une manière intense par le picro-carmin. En même temps la paroi propre de l'acinus paraît considérablement augmentée de volume (A, fig. 160). L'acinus lui-même est agrandi, comme cela arrive dans la plupart des affections inflammatoires de la mamelle. Mais bientôt la paroi propre, bien qu'épaissie, est comme rongée par les cellules embryonnaires qui l'entourent de toutes parts. Elle cède en un point; les cellules embryonnaires pénètrent dans la cavité glandulaire, et se mêlent aux cellules épithéliales (fig. 161). Puis, sans qu'il soit possible de suivre bien nettement les périodes de transition, on trouve dans l'intérieur du lobule des cellules géantes en grand nombre. La paroi propre de l'acinus a disparu et les cellules embryonnaires, prenant une apparence plus ou moins épithélioïde, entourent complètement la cellule géante. Il est difficile de dire comment se forment les cellules géantes. Cependant, dans certains cas, on trouve ces cellules en grand nombre dans le champ du lobule; elles sont disposées les unes par rapport aux autres comme les acini; leur forme rappelle celle de l'acinus; une portion de la paroi propre de ce dernier peut même persister autour de la grosse cellule; il semble que chaque cellule géante ait pris la place d'un acinus, et l'on ne peut se défendre de l'impression que la cellule géante se soit en quelque sorte substituée à l'élément primitif de la glande. Quelquefois on trouve dans la cellule géante une série de noyaux, rangés en couronne à sa périphérie, comme si cette cellule énorme était le résultat de la fusion des cellules épithéliales. Cette disposition est très nette dans la figure ci-jointe (fig. 162). Et même, d'après Dubar, on pourrait voir quelquefois en dedans de la couronne de noyaux, dans la cellule géante elle-même, quelques cellules épithéliales insuffisamment fondues les unes avec les autres et encore parfaitement reconnaissables. Aussi Dubar admet-il que les cellules géantes se forment dans l'intérieur des acini aux dépens des cellules épithéliales. Orthmann et Piskacek semblent admettre cette opinion. Sabrazès et Binaud se sont au contraire vivement élevés contre cette manière de voir en s'appuyant sur des arguments de grande valeur. Ils ont parfaitement trouvé les éléments décrits par Dubar

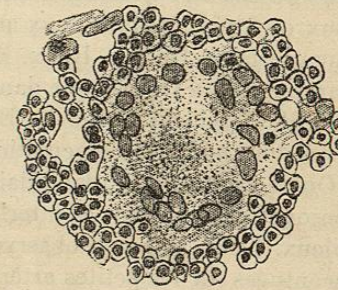


FIG. 162. — D'après Ohnacker.

et dont je viens de parler; ils ont constaté comme Dubar que ces éléments ont une origine acineuse, mais, voilà le fait capital, ils déclarent que ces éléments résultent de modifications banales dans l'architecture de l'acinus, qu'ils ne sont pas des cellules géantes et n'ont avec elles qu'une simple analogie d'apparence. De plus, ils ont constaté nettement sur leurs coupes que les vraies cellules géantes résultent de la coalescence des grandes cellules mononucléaires, qui ne sont elles-mêmes que des leucocytes ou des cellules dérivées du tissu conjonctif. Ainsi les follicules tuberculeux se développeraient non pas aux dépens des cellules épithéliales, mais bien aux dépens des cellules mésodermiques.

Au niveau des conduits galactophores, le processus est presque identique, et les différences sont uniquement topographiques. Au début, on observe autour