

du conduit une abondante infiltration embryonnaire qui forme une sorte de noyau (fig. 165). Bientôt ce noyau fait saillie dans la lumière du conduit en refoulant, puis détruisant la membrane limitante, et les cellules géantes ne tardent pas à apparaître. Mais là leur origine est encore plus difficile à saisir; on en trouve au voisinage immédiat des conduits, dans leur paroi, dans leur lumière, et il est impossible de dire aux dépens de quels éléments elles se forment. Cette

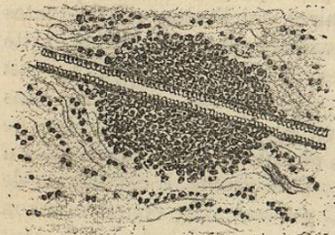


Fig. 165. — D'après Dubar.

évolution est à peu près identique à celle qu'on observe au niveau des canaux excréteurs du testicule, c'est-à-dire dans l'épididyme.

Quand l'évolution du processus tuberculeux est très rapide, c'est surtout au niveau des conduits excréteurs que les lésions diffèrent. Au niveau des lobules, on observe toujours l'infiltration des cellules rondes, la destruction des acini et la formation de cellules géantes dans les acini. Mais au niveau des conduits excréteurs, l'évolution du processus

est moins parfaite, et l'on trouve une simple infiltration diffuse. Ce sont là des lésions inflammatoires, sans caractère tuberculeux précis. Il en était ainsi dans le second cas d'Ohnacker où la maladie avait débuté pendant la lactation. Les inoculations ont prouvé qu'il s'agissait bien de tuberculose.

Les bacilles sont en nombre très variable. Habermaas en a trouvé. Dans un cas de Orthmann, ils étaient très nombreux: il y en avait dans la plupart des cellules géantes, en général de 1 à 5, de 5 à 8 dans quelques-unes. Au contraire, dans un cas de Piskacek, il fallut faire des centaines de coupes pour en trouver deux ou trois, et dans deux autres faits (Piskacek, Shattok), on ne put déceler leur présence. Hering, Roux, Reverdin et Mayor en ont décelé un petit nombre. Maudry n'en a trouvé que dans 2 cas sur 4. Bender, Berchtold, Remy et Noel, Villard, Robinson, Sabrazès, Brissaud et Reerink en ont vu quelques-uns. Enfin un certain nombre d'inoculations ont donné des résultats positifs.

Outre ces lésions glandulaires, Dubar a constaté des altérations du tissu conjonctif interlobaire et interlobulaire. Il se forme là aussi des follicules tuberculeux. Enfin Dubar a observé des lésions des vaisseaux. Ces lésions, surtout accentuées sur les petites artères, consistent principalement en une prolifération active des cellules endothéliales de la couche interne. Il s'agit donc d'une endartérite végétante, qui peut être poussée au point d'amener l'oblitération du vaisseau. Cette oblitération serait rare d'après Sabrazès et Binaud. Dubar a trouvé aussi sur quelques filets nerveux des bosselures du névrilème, qui correspondent à de petits noyaux de cellules embryonnaires situés au milieu des tubes nerveux.

Je n'ai suivi l'évolution du processus tuberculeux que jusqu'à la formation des follicules qui dans les parties glandulaires sont ordinairement complets, cellules géantes au centre, couronne de cellules épithélioïdes entourées elles-mêmes de cellules embryonnaires. Ultérieurement, les granulations, les amas embryonnaires subissent les mêmes altérations que partout ailleurs: dégénérescence vitreuse, puis caséuse, et enfin ramollissement. Pendant que la couche la plus interne se détruit ainsi pour constituer le pseudo-pus tuberculeux, la lésion progresse à la périphérie, et la même série de modifications se

produisant sur des couches de plus en plus excentriques amène l'agrandissement de la cavité centrale. Il est absolument inutile d'insister sur cette évolution aujourd'hui bien connue, qui ne présente rien de spécial dans la mamelle, non plus que sur le travail ulcératif qui amène l'ouverture spontanée de ces collections.

Comment, dans ces cas, se fait l'infection? trois hypothèses sont possibles. Les bacilles pénètrent par les conduits galactophores; ils sont amenés par les vaisseaux sanguins; ils arrivent par les vaisseaux lymphatiques. Le transport des bacilles par les vaisseaux lymphatiques paraît probable d'après certaines observations cliniques. Nous verrons, en effet, que dans 7 cas au moins la tuberculose a débuté par des ganglions axillaires. La mamelle n'est devenue ganglionnaire et la tumeur mammaire un cordon induré comme s'il s'était produit une lymphangite récurrente. Reste l'infection par les conduits galactophores ou par les vaisseaux sanguins. Nous avons vu qu'on a observé à la fois des lésions des lobules et des lésions des canaux. Il s'agit donc de savoir si la tuberculose s'est propagée des conduits excréteurs aux lobules, ou inversement des lobules aux canaux excréteurs. Verneuil et Verchère défendent la première hypothèse et admettent que les bacilles pénètrent au niveau du mamelon dans les conduits galactophores. Orthmann considère la seconde hypothèse comme plus vraisemblable; pour lui les lobules seraient primitivement malades, ce qui conduit à admettre, bien qu'il ne le dise pas, que les bacilles sont amenés par les vaisseaux sanguins. Il est difficile de se prononcer entre ces deux hypothèses. A la première on peut objecter que les conduits galactophores n'ont jamais été trouvés malades dans leur portion mamelonnaire. Mais, dans le cas de Kramer, on voit se développer plusieurs ulcères tuberculeux près du mamelon et en même temps dans la glande plusieurs abcès gros comme des cerises. On peut dire aussi en faveur de cette théorie que, dans certains cas, les lésions des conduits étaient plus accentuées et plus avancées que celles des lobules. Du reste, il n'y a rien d'impossible à ce que l'infection se fasse, suivant les cas, par l'une ou l'autre voie. Dans le rein, on observe à côté de la tuberculose ascendante, suite d'urétérite, la tuberculose glomérulaire qui a été démontrée par Raymond-Durand-Fardel. Je serai assez tenté de croire qu'il y a de même dans la mamelle une tuberculose ascendante, rayonnée par infection des conduits galactophores et une tuberculose lobulaire due à l'apport des bacilles par les vaisseaux sanguins.

Étiologie. — La tuberculose du sein est une affection rare, qui ne s'observe guère que chez les femmes. Sur 37 observations, je n'en ai compté que 2 chez des hommes (1).

Les 32 observations dans lesquelles l'âge est noté se répartissent de la manière suivante: 4 cas de 15 à 20 ans, 12 de 21 à 30 ans, 9 de 31 à 40 ans, 6 de 41 à 50 ans, 1 cas à 52 ans. En comptant autrement, on trouve 18 faits, plus de la moitié entre 25 et 35 ans. En somme, la tuberculose du sein n'a jamais été

(1) La première est de Poirier. Quoi qu'en dise Habermaas, elle ne présente rien de douteux. L'examen histologique, fait par Mayor, est très démonstratif. L'autre m'a été communiquée par Thierry, sans détails. Plusieurs auteurs ont cité comme exemple de tuberculose mammaire chez l'homme une observation tirée de la thèse d'Horteloup, où il s'agit, à n'en pas douter, d'une mastite chronique chez un tuberculeux, mais non de tuberculose de la mamelle.

observée chez la femme avant la puberté. On l'observe surtout de 25 à 55 ans; elle devient rare après 40 ans, exceptionnelle après 50.

Sur 26 cas, le côté droit était pris 16 fois, et 10 fois seulement le côté gauche; mais on ne peut rien conclure de chiffres aussi restreints.

Ni les grossesses antérieures, ni l'allaitement ne paraissent avoir grande influence sur le développement du mal. Ainsi, dans un cas d'Habermaas, on voit une femme nourrir ses trois enfants exclusivement avec le sein gauche, et c'est dans le sein droit que la tuberculose se développe. Piskacek a rapporté un cas semblable. Cependant il y a un cas d'Orthmann et un autre d'Habermaas où l'affection a débuté pendant l'allaitement. Leur évolution paraît avoir été plus rapide. C'est surtout dans ces cas-là qu'on pourrait penser à la tuberculose ascendante, à l'infection par les conduits, d'autant plus que dans le cas d'Orthmann l'examen microscopique a montré qu'il s'agissait principalement d'une tuberculose des conduits excréteurs.

Les traumatismes ne sont pas assez souvent signalés pour qu'on puisse leur accorder le moindre rôle étiologique.

Une question plus importante est celle de savoir dans quelle proportion et dans quelle mesure les individus atteints de tuberculose mammaire sont des tuberculeux. Ma statistique donne sur ce sujet les renseignements suivants: sur 26 malades⁽¹⁾, 12 n'avaient pas d'autres lésions tuberculeuses que celle de la mamelle ou de l'aisselle correspondante, 10 avaient des lésions pulmonaires, 4 présentaient ou avaient présenté d'autres manifestations tuberculeuses (abcès froids, tuberculose péritonéale, pleurale, articulaire). A ces faits, il faut ajouter une observation de Reverdin, très sommairement rapportée, mais où il est dit que la malade a été revue ultérieurement très bien portante. On voit donc que la tuberculose de la mamelle est assez souvent, dans près de la moitié des cas, une tuberculose primitive survenant chez des sujets sains.

Symptômes et marche. — Le début de l'affection est variable. Quelquefois, surtout dans la forme disséminée, il échappe complètement. Il s'agit de malades profondément tuberculeux, cachectiques, chez qui l'affection mammaire peut même passer absolument inaperçue et n'être découverte qu'à l'autopsie. C'est une forme en quelque sorte latente, qui ne présente guère d'intérêt clinique.

Dans trois cas, l'affection paraît avoir débuté par le tissu cellulaire sous-cutané ou même par la peau. Une malade d'Orthmann a remarqué un petit noyau semblable à un furoncle, dont la base indurée serait devenue l'origine de la tumeur. L'évolution paraît avoir été presque identique dans le cas de Poirier. Dans le cas de Kramer, au contraire, il s'est développé des ulcères tuberculeux au voisinage du mamelon, puis, sans continuité directe avec ces ulcères, des abcès multiples dans la mamelle.

Un mode de début plus fréquent est celui qui se fait par les ganglions lymphatiques de l'aisselle. Dans certains cas, l'adénopathie tuberculeuse existe de nombreuses années avant que la mamelle soit envahie. Les ganglions ont suppuré, sont restés fistuleux, puis, à l'occasion d'une nouvelle poussée, ou même sans que rien de nouveau se passe du côté de l'aisselle, on voit une tumeur se développer dans le segment externe de la glande. C'est dans ces cas qu'on peut penser qu'il s'agit d'une lymphangite tuberculeuse rétrograde.

⁽¹⁾ Il n'y a que 26 observations utilisables à ce point de vue, les autres sont trop incomplètes.

Enfin, dans les autres cas, et ce sont les plus nombreux, les tubercules se déposent à froid dans la mamelle, et c'est par hasard que les malades découvrent l'existence d'une petite tumeur. Quelquefois leur attention est attirée par un léger picotement.

Dans deux cas, le premier symptôme appréciable a été une rétraction progressive du mamelon. Dans l'un de ces cas (Dubreuil), la rétraction avait commencé six mois avant qu'on ait constaté la tumeur. Dans l'autre (Verneuil, Souplet), la rétraction avait commencé après un accouchement (la malade n'avait pas nourri), et c'est seulement cinq ans après qu'apparut la tumeur. On peut se demander s'il ne s'agissait pas dans ce dernier cas d'une mammitte chronique vulgaire devenue secondairement tuberculeuse.

Dans la forme disséminée, qui est rare, on sent plusieurs noyaux durs, mobiles, mal circonscrits, peu ou pas douloureux à la pression. Ces noyaux grossissent, se caséifient et s'ouvrent séparément, donnant naissance à plusieurs trajets fistuleux. Parfois plusieurs noyaux deviennent confluent, ou bien un noyau se développe beaucoup plus que les autres, de manière à former une tumeur principale entourée de petits satellites: et ainsi se trouvent constitués des intermédiaires entre la forme disséminée et la forme confluyente, qui est la forme habituelle de la tuberculose mammaire.

La tumeur occupe alors avec une prédilection toute spéciale le segment externe de la glande. Sur 18 cas où le siège exact est noté, 10 fois il était externe. Deux fois la tumeur était sous l'aréole, presque exactement centrale; ce sont peut-être les cas où il s'agit surtout de lésions des conduits. Lorsqu'on la découvre, la tumeur n'a guère que le volume d'une noisette ou d'une noix. Elle augmente progressivement et assez vite. En deux ou trois mois, elle atteint le volume d'une pomme, et si elle ne s'ouvre pas spontanément, en six ou sept mois elle peut acquérir un volume considérable. Dans un cas, le sein malade était deux fois plus gros que le sein opposé; dans un autre, la tumeur avait les dimensions des deux poings.

La forme de cette tumeur est irrégulière; souvent on sent de grosses lobulations réunies par leur base à la masse centrale; il n'est même pas très rare de trouver à côté de la tumeur principale un ou deux petits noyaux encore indépendants, destinés à confluer plus tard avec les autres. Les limites sont peu accusées, difficiles à bien saisir. La tumeur adhère intimement au reste de la glande. En revanche, elle est avec la glande elle-même parfaitement mobile sur les plans profonds, et il n'y a aucune adhérence avec la peau, si ce n'est dans les périodes ultimes. La consistance est très variable suivant la phase évolutive du mal. Ferme au début, elle se ramollit plus tard, puis on peut sentir une fluctuation profonde, obscure, qui devient de plus en plus nette à mesure que la poche s'agrandit et que sa paroi s'amincit.

Les troubles fonctionnels sont peu accentués. Les douleurs sont ou nulles ou très légères. Il y a cependant des cas où les malades ont souffert de douleurs très vives. Ainsi dans ce cas de Dubar, où il y avait des névrites.

Dans les trois quarts des cas, on trouve les ganglions engorgés. Sur 26 observations complètes, 20 fois les ganglions étaient pris. L'envahissement ganglionnaire se fait tantôt avant que la glande mammaire soit malade, tantôt après. Mais, en général, il est rapide: on le voit paraître en un ou deux mois. Ce ne sont pas seulement les ganglions du creux de l'aisselle qui sont pris, mais aussi et surtout ceux qui sont situés sous le bord du grand pectoral. L'adénopathie

est d'ordinaire considérable, on trouve deux, trois ganglions ou davantage, gros chacun comme une noisette ou une noix, formant par conséquent des tumeurs volumineuses. Quelquefois, je l'ai déjà dit, les ganglions suppurent, s'ouvrent et deviennent fistuleux avant que paraisse la tumeur mammaire. Mais on observe aussi un fait plus curieux. La tuberculose, bien qu'elle ait envahi les ganglions secondairement, après la mamelle, y évolue plus vite, comme si elle y trouvait un terrain plus favorable, et les ganglions envahis les derniers suppurent les premiers.

Parfois on sent entre la tumeur ganglionnaire et la tumeur mammaire une sorte de cordon noueux qui les relie l'une à l'autre. L'affection présente alors un caractère très spécial : tumeur mammaire irrégulière, bosselée, mobile; tumeur ganglionnaire volumineuse; entre les deux, cordon noueux qui semble les prolonger et les réunir. L'aspect est encore plus frappant si l'une des deux tumeurs s'est ouverte spontanément et est restée fistuleuse.

L'ouverture spontanée est, en effet, la terminaison vers laquelle tend la tuberculose mammaire. Les noyaux tuberculeux peuvent-ils guérir sans s'ouvrir, se résorber et disparaître, ou bien se transformer en noyaux crétaqués calcaires, comme on en observe dans d'autres régions? Cette évolution est possible, mais elle n'a pas encore été nettement observée dans la mamelle. En général, les noyaux grossissent, deviennent nettement fluctuants. La peau est envahie par sa face profonde; elle peut alors présenter le phénomène de la peau d'orange, comme dans le cas de Campenon, puis elle s'ulcère et la collection se vide. L'ouverture spontanée survient quelquefois très vite : elle s'est faite au bout de trois semaines dans deux cas (Habermaas et Piskacek). Les deux malades étaient en lactation. D'ordinaire, elle ne survient qu'après deux, trois, cinq mois et même davantage. Du reste, 21 cas ont été opérés avant que l'ouverture spontanée fût survenue.

Quand celle-ci s'est produite, elle laisse un trajet fistuleux qui n'a aucune tendance à guérir spontanément. Dans les formes disséminées, et même dans les formes confluentes, il peut se faire plusieurs ouvertures, six dans un cas de Piskacek. Les fistules persistent indéfiniment. Quelquefois, après que la première tumeur est déjà ouverte, il s'en développe une seconde tout à fait indépendante, qui finit elle-même par s'ouvrir aussi. On voit alors des seins informes, bosselés en de certains endroits, rétractés, ratatinés en d'autres, criblés d'orifices blafards et saignants. Ces orifices s'ouvrent les uns sur le sein lui-même, d'autres sous le bord du grand pectoral, d'autres dans le fond du creux de l'aisselle. La mamelle est complètement détruite et les foyers tuberculeux se développant excentriquement pourraient même envahir secondairement le périoste costal, si l'on en croit Ohnacker.

Pronostic. — Le pronostic, au point de vue local, est sérieux, puisque la tuberculose peut détruire complètement la mamelle. A un autre point de vue, il est à peine besoin de dire combien la maladie est grave lorsqu'elle survient chez une nourrice. Il faut immédiatement supprimer l'allaitement, qui pourrait amener la contamination de l'enfant.

Au point de vue de la vie, on doit distinguer deux cas. Lorsque la tuberculose mammaire est secondaire à une tuberculose viscérale, elle ne paraît pas aggraver notablement le pronostic, car elle survient d'ordinaire dans les périodes ultimes de la maladie. Cependant, si la tumeur devenait fistuleuse, l'affaiblissement qui

résulterait de la suppuration chronique ne serait pas négligeable. Lorsque la tuberculose mammaire est primitive, elle ne menace pas immédiatement la vie. Mais son pronostic éloigné est-il grave? La tuberculose du sein est-elle une de ces tuberculoses externes, qui restent longtemps ou indéfiniment externes, ou bien au contraire infecte-t-elle rapidement l'organisme? Nous ne le savons pas avec certitude, parce que la plupart des malades ont été trop tôt perdus de vue. Il semble cependant que la tuberculose mammaire est une tuberculose grave. Sur 6 malades qui ont été suivies après avoir été opérées, 2 seulement ont été revues bien portantes, l'une neuf mois, l'autre trois ans après l'opération. Des 4 autres, 2 sont mortes de tuberculose pulmonaire, il est vrai que pour l'une, il n'est pas bien sûr que la tuberculose mammaire ait été primitive : des 2 dernières, l'une a eu une récurrence dans le même sein après une grossesse, l'autre a eu deux ans après le sein opposé envahi.

Diagnostic. — Le diagnostic de la tuberculose mammaire est difficile : Habermaas va même jusqu'à dire qu'il est impossible au début.

Je vais envisager successivement les difficultés qui peuvent se présenter dans les différents cas. Lorsqu'il s'agit d'une malade nettement tuberculeuse, le diagnostic est par là même considérablement simplifié; aussi je m'occuperai surtout des cas de tuberculose primitive. Quand la tumeur est suppurée, et qu'il existe une ou plusieurs fistules mammaires et ganglionnaires, le diagnostic peut être posé d'une manière précise.

Avant l'ouverture, lorsque la tumeur est fluctuante, il est bien difficile de dire s'il s'agit de tuberculose ou d'un abcès subaigu, surtout si la tuberculose s'est développée pendant la lactation. Dans ce cas, la malade n'étant pas tuberculeuse, il n'y a guère qu'un signe qui puisse donner l'éveil, c'est l'adénopathie. Si les ganglions sont nombreux et volumineux, il faut se méfier. Les noyaux de mammites chroniques ne sont pas la seule cause d'erreur. Habermaas rapporte un cas dans lequel une tumeur fluctuante s'accompagnant d'adénopathie fut diagnostiquée tuberculeuse. L'examen macroscopique semblait confirmer le diagnostic, il y avait des masses caséuses entourant une cavité qui contenait 20 grammes de pus. Le microscope montra qu'il s'agissait d'un cancer suppuré. C'est là une cause d'erreur bien rare.

J'arrive aux cas les plus difficiles, ceux dans lesquels la tumeur n'est pas suppurée. Là encore il faut distinguer : voyons d'abord les cas les plus simples. L'affection a nettement débuté par les ganglions; c'est longtemps après l'adénopathie que la tumeur mammaire s'est développée; entre les deux tumeurs axillaires et mammaires, il existe un cordon noueux perceptible qui les relie. On peut diagnostiquer tuberculose mammaire. Je ne veux pas dire qu'il n'y ait aucune cause d'erreur. En clinique, il y en a toujours. J'ai vu, par exemple, une tumeur du segment externe de la glande mammaire accompagnée d'une adénopathie axillaire plus volumineuse que la tumeur elle-même; les deux tuméfactions se continuaient l'une avec l'autre par leurs extrémités; on avait pensé à la tuberculose, il s'agissait d'un cancer. Malgré cette cause d'erreur, dans les conditions que j'ai indiquées, le diagnostic de tuberculose est le plus probable, c'est celui qu'il faut faire.

Si l'envahissement des ganglions au lieu d'être primitif a été secondaire, les difficultés sont bien plus considérables. Si les ganglions ont suppuré sans que la tumeur suppure, il y a bien des chances pour qu'on ait affaire à la tubercu-

lose. Cependant j'ai déjà rapporté un cas de Lucas-Championnière, où un noyau de mammitte chronique s'est complètement résorbé, tandis que les ganglions ont suppuré.

Si aucune des deux tumeurs n'est fluctuante, s'il n'y a pas entre les deux de cordon qui les relie, les signes qui permettent de faire le diagnostic diminuent de nombre et de valeur. Les caractères objectifs de la tumeur ne sont pas assez nets pour qu'on puisse affirmer sa nature tuberculeuse. On la prendrait aisément pour un noyau de mammitte chronique vulgaire ou pour un cancer au début. C'est donc seulement du côté de l'adénopathie qu'on peut trouver des renseignements. Si la tumeur ganglionnaire s'est développée en un ou deux mois, il est probable qu'il ne s'agit pas d'un cancer. Si les ganglions ont atteint un volume considérable et présentent les caractères connus de l'adénopathie tuberculeuse, il est bien probable qu'il ne s'agit pas d'une simple mammitte chronique. Je sais bien que Volkmann, Garre⁽¹⁾, Gassmann⁽²⁾ ont signalé la coïncidence d'adénites tuberculeuses de l'aisselle et de mammites chroniques simples : ce sont là de très rares exceptions qu'il est bon de connaître, mais auxquelles il ne faut pas attacher trop d'importance en clinique.

Quand l'adénopathie manque, que la tumeur n'est pas suppurée, que la malade n'est pas tuberculeuse, je ne connais aucun signe qui permette de distinguer un noyau tuberculeux d'un noyau de mammitte chronique vulgaire, ou, suivant les cas, d'un cancer au début.

En somme, le diagnostic de la tuberculose mammaire, facile dans les périodes ultimes de l'affection, possible dans certains cas que j'ai spécifiés, devient à peu près impossible dans d'autres circonstances.

Traitement. — Le traitement de la tuberculose mammaire s'impose, et il doit être aussi précoce que possible, tant pour empêcher l'extension des désordres locaux que pour éviter l'infection générale.

Les injections interstitielles n'ont jamais été employées, sans doute parce que le diagnostic n'est d'ordinaire pas fait à la période de début, où elles pourraient être utiles. On n'a pas non plus employé, à ma connaissance du moins, la ponction suivie d'injection. Cette méthode, qui donne ailleurs de beaux résultats, ne me paraît pas être de mise ici. La grande épaisseur de la poche, la présence fréquente de petites granulations tuberculeuses dans son voisinage, la rendraient presque fatalement inefficace. L'incision simple est tout à fait insuffisante et doit être également rejetée. Employée quatre fois, elle n'a pas donné un seul succès définitif. Dans un cas, on a obtenu la cicatrisation, mais il a fallu ultérieurement amputer le sein pour une récidive; dans les trois autres cas, il est resté des fistules.

L'incision suivie du curettage ou de la cautérisation énergique des foyers est déjà préférable. Sur 8 cas, elle a donné 7 succès. Dans le huitième cas, l'insuccès fut complet et il fallut amputer. Malgré les succès qu'elle a donnés, cette méthode ne me paraît pas être la méthode de choix. Tout d'abord elle n'est pas sûre. La curette ou le fer rouge peuvent laisser intacts les noyaux tuberculeux excentriques, qui ne sont pas rares et qui continuent à évoluer après l'intervention. En outre, lorsqu'elle réussit, elle ne me permet guère la réunion par première intention, elle nécessite un traitement prolongé, et c'est là

(1) GARRE, *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, t. XIX.

(2) GASSMANN, Thèse de Halle, 1886.

un inconvénient sérieux auquel il est bien inutile de s'exposer, puisque dans la mamelle on peut faire sans difficultés et sans danger l'ablation complète du mal. Je crois donc que l'extirpation au bistouri est la véritable méthode de choix. Mais deux cas peuvent se présenter. Quand il s'agit de la forme confluente, qu'on a affaire à une tumeur limitée, il faut se borner à faire une simple amputation cunéiforme. L'énucléation serait à peu près impossible en raison des connexions de la tumeur avec le parenchyme voisin, et elle exposerait à laisser de petits foyers tuberculeux à la période de cruidité. Il faut donc faire une amputation cunéiforme en taillant franchement dans le tissu sain. Sur 8 cas, l'amputation cunéiforme a donné 8 succès. Mais quand la tuberculose est disséminée, ou bien quand une seule tumeur emplit presque complètement le sein, il faut faire l'amputation totale. Pratiquée neuf fois, cette amputation n'a donné que des succès. Il va sans dire qu'il est aussi important d'enlever les ganglions que d'enlever la tumeur elle-même. Le curage de l'aisselle devra donc presque toujours suivre l'amputation. Quand il y a des ganglions, qu'on sente ou qu'on ne sente pas de cordon induré entre la tumeur et l'adénopathie, il faut toujours enlever le tissu conjonctif qui relie la mamelle au creux de l'aisselle. Il faut, en un mot, procéder comme pour une tumeur maligne.

CHAPITRE V

SYPHILIS

La syphilis peut frapper les mamelles à toutes les périodes de son évolution. J'étudierai successivement la syphilis héréditaire, les accidents primitifs, secondaires et tertiaires.

I

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Il paraît à peu près démontré que la syphilis héréditaire peut entraîner l'arrêt de développement des seins. Rivington⁽¹⁾, Lancereaux, Fournier⁽²⁾, en ont cité des exemples. Claude⁽³⁾ en donne une belle observation que lui a fournie Barthélemy. Une dame de vingt-quatre ans, manifestement syphilitique héréditaire, « présentait une absence complète de développement des seins, et, malgré un accouchement survenu à cette époque, ses mamelles restèrent à l'état rudimentaire, sans donner une seule goutte de lait ni même de sérosité ». Ces faits sont intéressants, et il est probable qu'un certain nombre d'arrêts de développement des seins doivent être rapportés à la syphilis héréditaire. Mais il ne faudrait pas voir là une action directe de la syphilis sur la glande mammaire.

(1) RIVINGTON, *Med. Times*, 19 octobre 1872, p. 453.

(2) FOURNIER, *Leçons sur la syphilis héréditaire tardive*, 1886.

(3) CLAUDE, Thèse de Paris, 1886. Je ferai à cette thèse de nombreux emprunts.