

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<sup>(1)</sup>, Gassmann<sup>(2)</sup> 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<sup>(1)</sup>, Lancereaux, Fournier<sup>(2)</sup>, en ont cité des exemples. Claude<sup>(3)</sup> 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.

Dans la plupart de ces faits, sinon dans tous, il s'agit de dégénérées, atteintes d'infantilisme, femmes de petite taille, dont les régions génitales restent glabres et qui souvent ne sont pas réglées. L'atrophie des seins est en rapport avec l'insuffisance du développement général et sexuel.

« Si l'on en croit Billroth, dit Claude, la syphilis congénitale pourrait peut-être donner lieu à une mammité caséiforme chronique lobulaire assez semblable, somme toute, à la tuberculose infiltrée de la mamelle. » En réalité, Billroth se demande tout simplement, à propos d'un cas ancien observé chez Langenbeck, s'il s'agissait de tubercules ou de syphilis héréditaire.

## II

## ACCIDENTS PRIMITIFS — CHANCRES DE LA MAMELLE

Dès le xvi<sup>e</sup> siècle, Torella, Fracastor, Paracelse, A. Paré, savaient que la contagion syphilitique peut se faire par l'allaitement. Avec les doctrines de Hunter, qui niait la virulence des accidents secondaires, la question des chancres mammaires perdit presque tout son intérêt, puisqu'on n'admettait plus la possibilité de l'infection du sein de la nourrice par la bouche de l'enfant. Ricord soutint cette doctrine erronée et la fit adopter pendant un temps. Mais Diday, Bouchut, Rollet, Bardin et d'autres prouvèrent jusqu'à l'évidence qu'une nourrice saine peut être infectée par un nourrisson né syphilitique; et aujourd'hui, grâce aux travaux de Colles, de Fournier, de Mauriac, à l'excellente thèse de Claude, les chancres de la mamelle sont très bien connus.

Les chancres du sein sont tout à fait exceptionnels chez l'homme. On ne les observe guère que chez les femmes et surtout chez celles qui nourrissent<sup>(1)</sup>. En dehors de l'allaitement, le sein d'une femme peut être infecté, comme le dit Julien<sup>(2)</sup>, par contact avec les deux grands foyers de la syphilis, la bouche et les organes génitaux. Chacun connaît les chancres intermammaires, les chancres bilatéraux qu'on trouve placés en des points symétriques de la face interne des seins; ce sont là des faits rares qui n'ont guère d'intérêt qu'en médecine légale. Au contraire, les chancres du mamelon et de l'aréole sont très fréquents chez les nourrices. Dans l'immense majorité des cas, ils sont dus à l'infection directe, au contact de la bouche impure de l'enfant né syphilitique. Il arrive peut-être quelquefois que le principe contagieux est transporté par la bouche saine d'un enfant sain du mamelon malade d'une nourrice syphilitique à une autre nourrice saine. Il n'y a là rien d'impossible. L'enfant peut servir de moyen de transport sans s'infecter lui-même, si son épithélium buccal est intact, mais ce sont là de rares exceptions. Enfin, l'agent de la contagion peut être la bouche d'un adulte. Bourgogne<sup>(3)</sup> a observé une sorte d'épidémie locale causée par une commère qui se chargeait de former la mamelle des jeunes accouchées par succion, et qui présentait des accidents syphilitiques buccaux. Il est à peine besoin de rappeler qu'un enfant syphilitique, même s'il présente des lésions virulentes de

(1) COOPER (*The Lancet*, 25 octobre 1890, p. 866) signale un chancre du sein chez une petite fille de deux ans et demi.

(2) JULIEN, *Traité pratique des maladies vénériennes*, 1886, p. 589.

(3) BOURGOGNE, *Considérations générales sur la contagion de la maladie vénérienne*. Lille, 1825.

la bouche et s'il est capable d'infecter une nourrice étrangère saine, n'infecte jamais sa mère. Le nouveau-né syphilitique héréditaire peut donc être allaité par sa mère sans qu'on ait à craindre de voir se développer de chancres sur le mamelon de celle-ci. Il n'y a peut-être pas à cette loi, formulée par Colles<sup>(1)</sup> en 1844 et acceptée aujourd'hui par tous les syphiliographes, une seule exception authentique.

Je ne m'occuperai ici que des chancres du mamelon et de l'aréole, laissant de côté ceux qu'on rencontre parfois sur les autres parties du sein et qui ne présentent rien de spécial. Et même, pour les chancres du mamelon et de l'aréole, je me bornerai à signaler ce qu'ils ont de particulier.

Les deux caractères particuliers des chancres mammaires, c'est leur multiplicité et leur diversité.

Sur 87 malades, Rollet trouve 26 fois des chancres des deux seins. Audoynaud<sup>(2)</sup> arrive à une proportion plus forte encore, 24 chancres des deux seins sur 48 faits. Le nombre des chancres bilatéraux est donc très considérable. Non seulement on trouve souvent des chancres sur les deux seins, mais encore on peut en trouver plusieurs sur chaque sein. Keyes<sup>(3)</sup> en a observé 12 : 8 sur le sein droit, 4 sur le sein gauche. Fournier<sup>(4)</sup> a vu une femme qui en avait 25 : 7 à gauche, 16 à droite.

La forme est également très variable. Tantôt il s'agit d'une simple fissure indurée, c'est le chancre fissuraire, qui occupe un ou plusieurs plis de l'aréole. « Tantôt, dit Claude<sup>(5)</sup>, c'est une papule aplatie et rougeâtre qui, peu à peu, s'élargit et s'érode. » En général, les lavages, la succion enlèvent incessamment la sécrétion, ne lui permettent pas de se concréter, et le chancre se présente avec un fond vernissé, d'une teinte tantôt grisâtre, tantôt rouge sombre. Quelquefois, comme l'a signalé Mauriac, le chancre est circulaire ou demi-circulaire, et circonscrit en partie ou en totalité la base du mamelon. L'ulcération peut même devenir assez profonde pour amener la chute du mamelon.

« La plaque d'induration du chancre mammaire est toujours très sensible. Rollet a pu dire que le sein est une des régions où l'induration se formule le mieux; mais cette induration, si constante, est rarement épaisse et noueuse; elle est bien plus souvent parcheminée et lamelleuse. »

L'adénopathie est constante, et il faut la chercher, non seulement dans le fond de l'aisselle, mais encore, comme toujours, lorsqu'il s'agit de lésions du sein, sous le bord du grand pectoral.

Les complications du chancre lui-même sont exceptionnelles. Il est rare qu'il s'enflamme, plus rare encore qu'il devienne phagédénique.

Si le pronostic du chancre de la mamelle ne présente en lui-même aucune gravité, il n'en est pas de même de la syphilis dont il est le signe. Les syphiliographes s'accordent à reconnaître que la syphilis contractée par le sein chez les nourrices est très souvent maligne, qu'elle présente une gravité exceptionnelle, « tant par la forme et l'étendue des lésions, que par la résistance au traitement ». Chez une nourrice, le chancre mammaire est très grave, à un autre

(1) COLLES, *Dublin. med. Press*, 1844.

(2) AUDOYNAUD, Thèse de Paris, 1869.

(3) KEYES, *Arch. of dermat.*, 1878, t. IV, p. 126.

(4) FOURNIER, Société méd. des hôpitaux, 25 nov. 1877. *Gazette hebdomadaire*, 30 nov. 1877, p. 767.

(5) CLAUDE, Thèse de Paris, 1886, p. 25.