

point de vue, puisqu'il rend presque inévitable la contamination des enfants sains si elle en allaite.

Le diagnostic n'est pas toujours facile; et il est certain qu'un grand nombre de chancres mammaires sont méconnus. Lorsque le chancre revêt sa physiologie classique, qu'il devient papuleux ou papulo-érosif, proéminent, avec son fond vernissé, sa teinte grisâtre ou rouge sombre, il ne saurait guère y avoir de méprise. Mais il n'en est pas toujours ainsi. J'ai déjà insisté sur la multiplicité de formes des chancres mammaires; et de toutes, c'est la forme fissuraire qui passe le plus souvent inaperçue. Tantôt la malade ne se préoccupe pas de cette fissure, d'autant qu'elle est souvent indolente; tantôt le médecin consulté, trompé par l'aspect, se borne à l'examen par la vue, et passe à côté des deux signes fondamentaux qui ne manquent jamais et qui l'auraient conduit au diagnostic, l'induration et l'adénopathie. Ces deux signes « peuvent, non seulement confirmer un jugement hésitant, mais encore établir de toutes pièces un diagnostic rétrospectif », car ils persistent en général longtemps après la cicatrisation de l'ulcère.

Le chancre simple de la mamelle est si rare qu'il est inutile d'en parler. L'eczéma, les excoriations, fissures, gerçures, les furoncles prêtent davantage à la confusion. Dans tous ces cas, ce sont les mêmes signes cardinaux, induration et adénopathie, qui doivent faire le diagnostic; ce sont eux qu'il faut rechercher.

On ne doit pas oublier que les chancres mammaires sont fréquemment multiples. C'est là un fait important pour le diagnostic, car la multiplicité éloigne toujours de l'esprit l'idée d'une lésion primitive. Keyes présenta à la Société dermatologique de New-York une femme de quarante et un ans qui avait 12 chancres mammaires, 8 à droite et 4 à gauche. Son diagnostic fut contesté; les membres de la Société soutinrent qu'il s'agissait de lésions secondaires, mais force leur fut de faire amende honorable quand, sept semaines après, Keyes ramena sa malade couverte d'une roséole typique.

Claude rapporte un cas où un chancre faillit être confondu avec un épithéliome du mamelon. Bien qu'on puisse trouver dans les deux affections l'induration et l'engorgement ganglionnaire, je crois cependant qu'il suffit d'un examen sérieux pour faire le diagnostic.

Au point de vue médico-légal, la question qui se pose est toujours la même. Il s'agit de savoir qui, de la nourrice ou du nourrisson, a contaminé l'autre. Pour ce sujet, que je ne puis traiter ici, je renvoie aux ouvrages spéciaux.

Le traitement du chancre mammaire ne diffère en rien de celui des chancres des autres régions. Mais le véritable traitement doit être prophylactique, et il consiste uniquement en ceci : interdire absolument l'allaitement d'un nourrisson malade par une femme saine, à moins que cette femme ne soit la mère.

III

ACCIDENTS SECONDAIRES.

Il va sans dire qu'on peut rencontrer sur la mamelle toutes les variétés de syphilides, roséoles, papules, taches, tubercules, qu'on rencontre sur les autres parties du tégument. Je les laisse de côté, car elles n'ont rien de spécial. Les

seules lésions secondaires un peu particulières à la mamelle sont les syphilides muqueuses. On les rencontre en deux régions de l'organe : au voisinage du mamelon et dans le pli pectoro-mammaire. Au pourtour du mamelon, on ne les observe guère que chez les nourrices. La succion, les lavages, l'état d'humidité presque permanent de cette région, altèrent l'épiderme et créent chez elles une véritable prédisposition aux syphilides muqueuses. C'est pour cela, et Fournier insiste sur ce point, qu'il y a danger à prendre comme nourrice une femme en puissance de syphilis secondaire, d'autant plus que les lésions spécifiques prennent souvent en cette région l'aspect d'érosions fissuraires, de gerçures allongées, difficiles à distinguer des simples crevasses.

Claude a observé une syphilide papulo-muqueuse de l'aréole chez une femme qui n'était pas nourrice. Mais les lésions « étaient consécutives à un chancre du mamelon, méconnu tout d'abord, et traité pendant un mois au moyen de cataplasmes et de lotions émollientes ». Les conditions réalisées d'ordinaire par la succion l'avaient été dans ce cas par les divers topiques employés.

Les syphilides muqueuses de l'hémisphère inférieur s'observent chez les femmes à mamelles volumineuses et pendantes. « La finesse de la peau et le contact permanent des surfaces réalisent, comme dans l'aisselle et aux organes génitaux, les conditions les plus propices au développement de ces lésions⁽¹⁾. » Elles prennent ordinairement la forme de papules et constituent parfois d'énormes masses hypertrophiques. Fournier⁽²⁾ a vu une de ces nappes hypertrophiques qui s'étendait du sternum à l'aisselle et couvrait le thorax de bourgeons végétants sur une hauteur de 10 à 15 centimètres. On aurait pu croire à un cancer en cuirasse.

Fournier a décrit une autre variété d'accidents secondaires de la mamelle, c'est l'*analgésie syphilitique*. Cette analgésie frappe d'une manière spéciale le sein et le dos de la main. « Rendu⁽³⁾ a tenté de classer ces curieux phénomènes au nombre des manifestations de l'hystérie; il résulte cependant des centaines de cas étudiés jusqu'à ce jour que ces troubles de la sensibilité ont bien réellement la syphilis pour cause et pour cause exclusive. » (Claude.)

IV

ACCIDENTS TERTIAIRES

Boissier de Sauvages⁽⁴⁾ a le premier signalé les gommés du sein sous le nom de *cancer vérolique* des mamelles. Des deux observations qu'il rapporte, l'une est douteuse, mais l'autre pleinement concluante. Astruc⁽⁵⁾ a soupçonné l'existence d'une sorte de cancer des mamelles dû à la syphilis, et Bierchen⁽⁶⁾, d'après Virchow, en aurait publié une observation. Au commencement de ce siècle, il n'est plus question des gommés du sein, et il faut arriver à 1849 pour trouver une nouvelle observation de Richet⁽⁷⁾. Puis viennent les faits

(1) CLAUDE, *loco citato*, p. 45.

(2) FOURNIER, *De la syphilis chez la femme*, p. 561.

(3) RENDU, *Des analgésies*. Thèse d'agrégation, 1875.

(4) BOISSIER DE SAUVAGES, *Nosologie méthodique*, t. IV, p. 544.

(5) ASTRUC, *Traité des maladies vénériennes*, trad. franç., t. IV, 1740.

(6) BIERCHEN, cité par Virchow in *Pathologie des tumeurs*, t. II, 1775.

(7) RICHEL, cité par Velpeau, 1849.

d'Yvaren⁽¹⁾, de Maisonneuve⁽²⁾, de Verneuil⁽³⁾, d'Ambrosoli⁽⁴⁾, d'Icard⁽⁵⁾, d'Hennig⁽⁶⁾, d'Horteloup⁽⁷⁾, et les deux thèses fort intéressantes de Landreau⁽⁸⁾ et de Claude⁽⁹⁾.

Il est difficile d'apprécier la fréquence de la syphilis tertiaire du sein, car il est possible, comme le dit Landreau, que bien des cas aient été méconnus. Toujours est-il que Claude n'a pu recueillir que 25 observations authentiques, auxquelles on pourrait ajouter les trois cas d'Ambrosoli.

L'étiologie en est fort obscure. Assurément les femmes y sont prédisposées, mais, sur 25 cas, 4 se sont rencontrés chez des hommes. La proportion de 4 sur 25 est très considérable, et il n'est pas une affection du sein où elle soit aussi élevée. Les causes qui déterminent la localisation de la syphilis tertiaire sur la mamelle nous échappent absolument. Il est possible que les modifications anatomiques qui se produisent pendant la grossesse et l'allaitement jouent un certain rôle, mais la fréquence relative de l'affection chez l'homme empêche d'attribuer à ces causes une importance considérable. Troncin a émis l'hypothèse que les gommages de la mamelle se développaient surtout quand l'inoculation avait eu lieu par le sein. Les faits ne justifient pas cette hypothèse. Quant au traumatisme, il n'est nettement indiqué que dans un seul cas, celui de Segond⁽¹⁰⁾, où la malade s'était enfoncé une aiguille dans le sein.

Lancereaux⁽¹¹⁾ divise les gommages du sein en deux variétés : les gommages diffuses, constituant la mastite syphilitique diffuse, et les gommages circonscrites ou mastite gommeuse. La mastite diffuse se manifesterait par une tuméfaction générale de l'organe s'accompagnant d'engorgement ganglionnaire. D'après Julien, elle serait précoce et débiterait dès la fin de la période secondaire. Cette mastite syphilitique diffuse n'est pas admise par tous les syphiliographes.

L'existence des gommages est, au contraire, bien démontrée. Au point de vue anatomo-pathologique, la tumeur gommeuse ne diffère pas de celles qu'on observe dans les autres régions. Ses rapports avec les canaux galactophores ne sont pas bien connus. Dans les deux seuls examens histologiques qui aient été pratiqués, celui de Verneuil et celui de Hennig, on ne trouve pas de renseignements très précis sur ce point. Il est dit seulement, dans l'observation d'Hennig, qu'une gomme située au milieu des canaux galactophores les comprimait un peu. Le plus souvent, la tumeur se développe vers le centre de la mamelle, dans la région aréolaire, tantôt dans le tissu cellulaire sous-cutané, tantôt dans l'épaisseur même de la glande. Il n'est pas extrêmement rare de trouver plusieurs gommages dans la même mamelle ou bien dans les deux. L'envahissement des deux seins n'est pas toujours simultané. Dans une observation⁽¹²⁾ de la thèse de Landreau, on voit que la malade qui venait consulter pour une gomme du sein droit avait eu antérieurement une affection semblable du côté

(1) YVAREN, *Des métamorphoses de la syphilis*, 1854.

(2) MAISONNEUVE, *Clinique chirurgicale*, 1854.

(3) VERNEUIL, *Bull. de la Soc. anat.*, 1855, p. 97.

(4) AMBROSOLI, *Gaz. méd. lombard.*, 1855, n° 56.

(5) ICARD, *Mém. de la Soc. des sciences méd. de Lyon*, 1877, t. VI, p. 79.

(6) HENNIG, *Arch. für Gynäk.*, 1871, t. II, p. 350.

(7) HORTELOUP, Thèse d'agrégation, 1872.

(8) LANDREAU, Thèse de Paris, 1874.

(9) CLAUDE, Thèse de Paris, 1886.

(10) GROMO, Thèse de Paris, 1878.

(11) LANCEREUX, *Traité historique et pratique de la syphilis*, 1866.

(12) LANDREAU, *loco citato*, obs. XII.

opposé. Quelquefois c'est dans une région du corps plus ou moins éloignée qu'apparaît une autre manifestation du même ordre. Richet, croyant à un cancer, allait amputer un sein, quand l'apparition d'une tumeur du même genre dans le mollet de la malade l'arrêta.

Le début de l'affection passe d'ordinaire complètement inaperçu. La gomme se forme à froid, insidieusement, sans déterminer la moindre douleur, et c'est par hasard qu'on constate son existence. Tantôt elle forme d'emblée une tumeur ronde, dure, bien circonscrite; tantôt elle commence par une sorte d'empatement discoïde mal limité. Un caractère important de ces tumeurs gommeuses, c'est leur mobilité. Elles sont mobiles sur les parties profondes et la peau est mobile sur elles. Spontanément indolentes, elles le sont également à la pression. Habituellement les ganglions axillaires ne sont pas engorgés.

Abandonnée à elle-même, la gomme progresse et tend à se faire jour à l'extérieur. Lorsque la tumeur siège au niveau du mamelon, elle peut entraîner sa rétraction. Le fait est parfaitement spécifié dans l'observation de Richet. « Le mamelon situé au centre de la tumeur rentre et se rétracte, tandis que celui du côté opposé est, au contraire, très saillant. Lui-même, au dire de la malade, l'était tout autant avant l'induration. » Le volume varie de celui d'une noisette à celui d'un œuf ou d'une petite pomme. Dans un cas de Sauvages, les dimensions dépassaient celles de la tête d'un enfant; mais ce fait est sujet à caution. A mesure que la tumeur grossit, la peau devient adhérente et prend une coloration bronzée. La fluctuation apparaît, les ganglions s'engorgent, la peau s'ulcère et la collection se vide à l'extérieur. Cette terminaison par ulcération survient en moyenne du deuxième au quatrième mois. A partir de ce moment, la gomme du sein ne diffère en rien de celles des autres régions.

Le diagnostic de cette affection est fort difficile. Au début, pendant la période de crudité, la petite tumeur arrondie, mobile, sans adhérences, sans engorgement ganglionnaire, ressemble singulièrement à une tumeur bénigne. Plus tard, lorsque la peau est devenue adhérente et que les ganglions sont tuméfiés, elle peut facilement en imposer pour une tumeur maligne. Plus tard encore, à la troisième période, lorsque l'ulcération est survenue, le diagnostic s'impose. Mais dans les deux premières périodes, la période de crudité et la période d'adhérence avec engorgement ganglionnaire, je ne crois pas qu'on puisse trouver dans la tumeur elle-même des signes objectifs qui permettent de la reconnaître sûrement. Il n'y a que deux choses qui puissent conduire au diagnostic, l'évolution et les antécédents syphilitiques. Les antécédents ont certes une grande valeur, et nous voyons dans plusieurs observations que c'est l'apparition d'autres lésions syphilitiques, ulcérations serpiginieuses de l'avant-bras, gomme du mollet, qui a éveillé l'attention du chirurgien. Mais les antécédents peuvent manquer, ce n'est pas très rare chez les femmes; d'autre part, lorsqu'ils existent, ils ne peuvent suffire à fixer absolument le diagnostic, car il n'y a aucune impossibilité à ce qu'une femme syphilitique ait une tumeur du sein. Il en était ainsi dans une observation de Gosselin. L'évolution de la tumeur a une grande importance. Celle des gommages est plus rapide que celle des néoplasmes. Quand une tumeur ronde, dure, mobile sans adhérence, a atteint en un ou deux mois le volume d'une noix ou d'une petite pomme, il y a bien des chances pour que ce ne soit pas un néoplasme, mais il n'y a aucune raison pour que ce ne soit pas un noyau de mammite chronique non spécifique. A la seconde période, la marche a encore plus de valeur pour le diagnostic. L'adhérence de

la peau, l'engorgement ganglionnaire, se produisent en cas de gomme dès le deuxième ou le troisième mois, tandis qu'en cas de néoplasme ces deux phénomènes n'apparaissent que bien plus tardivement. Malgré tout, on ne peut guère affirmer le diagnostic que quand on trouve réunie à la rapidité de la marche la présence d'autres lésions syphilitiques. Hors ce cas, il est à peu près impossible de différencier sûrement les gommages du sein des mastites chroniques vulgaires ou de la tuberculose de la mamelle; on ne peut guère avoir que des présomptions; mais c'est déjà beaucoup de soupçonner la nature du mal; ce soupçon conduit à instituer le traitement spécifique, et cela suffit pour sauver les malades de l'opération, car les gommages du sein sont très sensibles à l'action du traitement général. Ce traitement doit être ce qu'il est toujours en cas de syphilis tertiaire. Il ne faut recourir à l'incision que si la gomme est franchement abcédée et menace de s'ouvrir spontanément.

CHAPITRE VI

PARASITES DE LA MAMELLE

En dehors des échinocoques, on a constaté ou cru constater dans la mamelle l'existence de quelques autres parasites animaux. On trouve dans le *Journal des savants*, du 17 mai 1666⁽¹⁾, une lettre écrite de Chartres, qui renferme la phrase suivante : « Un homme, qui tirait le lait trop abondamment de sa femme, vit sortir du mamelon un ver qu'il retira avec la main. Ce ver était long de quatre pouces, composé d'anneaux, muni de deux rangées de pieds... » Haussmann⁽²⁾ a rassemblé quelques observations du même genre. Je dirai, avec Billroth : il n'y a pas lieu d'insister sur ces faits; il faut attendre qu'ils soient mieux constatés. Je mentionnerai cependant le cas rapporté par Cezilly⁽³⁾, où deux dragonneaux ont séjourné longtemps sous une des glandes mammaires.

Le ver macaque de la Guyane, qui détermine des tumeurs superficielles ne dépassant guère le volume d'un gros furoncle, n'a pas grand intérêt.

KYSTES HYDATIQUES. — Le premier cas de kyste hydatique de la mamelle paraît avoir été observé par de Haen. A. Cooper, qui donnait le nom d'hydatide de la mamelle à diverses affections caractérisées par l'existence de kystes, a rapporté deux cas de véritables kystes hydatiques. C'est une affection fort rare. Velpeau n'en avait jamais rencontré. Billroth, en 1880, n'en avait pas vu un seul cas. Les médecins d'Irlande, qui observent un si grand nombre de kystes hydatiques, affirment que ceux de la mamelle sont très rares. Bergmann⁽⁴⁾, sur 102 cas d'échinocoques, en compte 15 dans la mamelle. Mais ces chiffres sont bien loin de donner la proportion réelle des kystes hydatiques du sein. Il est hors de doute qu'un grand nombre de kystes hydatiques des autres régions tombent dans l'oubli, tandis que ceux de la mamelle sont presque tous publiés comme faits

⁽¹⁾ Et dans la *Collect. acad.*, t. I, p. 255.

⁽²⁾ HAUSSMANN, *Die Parasiten der Brustdrüse*, 1874.

⁽³⁾ CEZILLY, Thèse de Paris, 1858.

⁽⁴⁾ *Dorpater med. Zeitschrift*, t. I, p. 73, 1871.

curieux et rares. Bœcker⁽¹⁾, sur 4770 malades traités à la Charité de Berlin, compte 55 kystes hydatiques. Pas un n'occupe la mamelle. Haussmann, en 1874, en avait relevé 16 cas. En 1891, j'ai pu en réunir 24 observations, qui m'ont permis de tracer l'histoire de cette affection⁽²⁾. Les quelques observations publiées depuis cette époque n'ont apporté aucun élément nouveau dans la question.

Étiologie. — Jusqu'ici les kystes hydatiques de la mamelle n'ont été observés que chez la femme, sauf dans un cas de Gerdy, qui est sujet à contestation. Il s'agissait d'un enfant qui n'avait pas encore trois ans, et qui « portait au sein une tumeur étendue de la clavicule au niveau de l'appendice xiphoïde et du sternum jusqu'au delà du bord axillaire du scapulum qu'elle recouvrait ». S'il s'agissait véritablement d'un kyste hydatique, on ne peut en tout cas affirmer qu'il s'était développé dans la mamelle.

Au point de vue de l'âge, les 15 cas où l'on trouve des renseignements exacts à ce sujet se répartissent de la manière suivante : 6 cas de 20 à 30 ans, 2 de 31 à 40 ans, 4 de 41 à 50 ans, 1 à 51 ans. La plupart des malades avaient eu des enfants.

Le traumatisme n'est signalé que dans deux observations.

Anatomie pathologique. — Sur 8 cas où le côté est noté, la mamelle droite a été prise 5 fois, la gauche 3 fois. On ne peut rien conclure d'un aussi petit nombre de faits. Toutes les parties de la glande peuvent être envahies, et il ne paraît pas que certains segments soient pris de préférence à d'autres.

Au point de vue des hydatiques mêmes, voici les quelques particularités que présentent celles du sein. Ces kystes sont formés d'une seule vésicule mère contenant ou ne contenant pas de vésicules filles. Dans 2 cas (Le Dentu, Symonds), il est spécifié que le kyste était uniloculaire. Les vésicules filles, lorsqu'elles existent, sont généralement peu nombreuses.

Le premier cas de kyste alvéolaire, à végétation exogène, a été observé récemment par Goinard et Sergent⁽³⁾.

Dans le sein comme ailleurs, la vésicule mère s'entoure d'une capsule con-

⁽¹⁾ BÖCKER, *Zur Statistik der Echinococcen*. Thèse de Berlin, 1868.

⁽²⁾ Je n'ai pu me procurer le travail d'Haussmann. Il est possible que quelques-uns des 15 cas qu'il avait réunis m'aient échappé. Voici les indications bibliographiques des 24 observations que j'ai pu consulter. Je les range par ordre alphabétique :

BÉRARD, *Diagnostic diff. des tumeurs du sein*, p. 81. — BERMOND, *Gaz. des hôp.*, 1869, p. 270. — BIRKETT, *Diseases of the breast*, et *The Lancet*, 2 mars 1867, p. 265. — BRYANT, *Trans. of the pathol. Soc. of London*, 1866, p. 276. — A. COOPER, *Loco citato*, p. 518 (2 obs.). — BRANSBY COOPER, *Guy's hosp. rep.*, octobre 1846. — DUBREUIL, *Bull. de la Soc. de chir.*, 9 avril 1890, p. 265. — DUPUYTREN, *Revue méd. franç. et étrang.*, 1829, t. I, p. 559. — FISCHER, *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, 1881, t. XIV, p. 566. — COOPER FORSTER, *Guy's hosp. rep.*, 1856. — GARDNER, *Lancet*, 1878, t. I, p. 851. La base du kyste était dans le grand pectoral. — GERDY, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1844-1845, p. 517. Cas douteux. Il s'agissait d'une enfant de trois ans, qui portait une énorme tumeur étendue de la clavicule à l'appendice xiphoïde, et du sternum au bord axillaire du scapulum. — DE HAEN, t. III, par. VII, chap. III, par. 3, p. 322. — HENRY, *The Lancet*, 25 nov. 1861, t. II, p. 497. — JONASSEN, *Jahresb. von Virchow-Hirsch*, 1877, t. II, p. 219. — LAUENSTEIN, Thèse de Göttingen, 1874. — LE DENTU, *Gaz. méd. de Paris*, 1875, p. 17. — MALGAIGNE, *Gaz. des hôp.*, 1855, p. 556. — ROUX, *Journal génér. de méd. de Sédillot*, 1819, t. LXVII. — SAUCEROTTE, *Mélanges de chirurgie*. — SYMONDS, *Trans. of the pathol. Soc. of London*, 1887, p. 448. — WHITE, *Lancet*, 1858-1859, t. XXXVI, p. 216.

Il faut ajouter un cas de Moutet, publié dans les *Annales clin. de Montpellier*, 1856, p. 14. Je n'ai pu me procurer ce recueil dans les bibliothèques de Paris.

⁽³⁾ GOINARD et SERGENT, *Arch. prov. de chir.*, novembre 1897.