

tion, c'est la régularité de la forme. Quant à la lenteur de l'évolution, à l'indolence, à la fermeté ou au contraire à la fluctuation, on peut les rencontrer au même degré dans divers néoplasmes. L'attention étant éveillée, il faut recourir à la ponction pour fixer le diagnostic ; car, en dehors des caractères du liquide, je ne connais aucun signe qui puisse permettre d'affirmer l'existence du kyste hydatique. En effet, le frémissement n'a jamais été perçu. Il est vrai qu'on ne l'a pas méthodiquement cherché, car en général la nature du kyste n'a été reconnue qu'au moment de l'opération.

Si par hasard on avait bien nettement constaté l'existence d'un kyste hydatique, il resterait encore à déterminer s'il n'a pas pris naissance dans les organes voisins. Pour ceux qui siègent dans le grand pectoral, les adhérences profondes, l'immobilisation par la contraction du muscle suffiraient à faire le diagnostic, car il n'y a pas d'exemple de kyste hydatique de la mamelle ayant contracté des adhérences profondes. Quant à ceux qui viennent de la cavité thoracique ou de la cavité abdominale, ils seraient plus difficiles à reconnaître, s'il est vrai, comme semble le prouver l'observation de Landau, qu'ils puissent devenir mobiles dans la glande. Il me semble cependant que l'examen attentif des connexions de la tumeur avec la paroi thoracique, des espaces intercostaux, des viscères thoraciques et abdominaux, permettrait d'établir ou du moins de soupçonner l'origine du kyste.

Quand le kyste a suppuré, on pourrait le prendre pour une mammitte chronique ou pour un néoplasme suppuré.

Traitement. — Le séton qu'on employait autrefois pour faire suppurer la poche et amener son élimination est aujourd'hui abandonné.

Quand il s'agit de petites tumeurs, la meilleure méthode est incontestablement l'ablation complète. On dissèque dans le tissu sain au ras de la capsule conjonctive. Lorsque les tumeurs sont très volumineuses, il pourrait être avantageux, pour réduire la déformation au minimum, d'employer le procédé que j'ai décrit pour les kystes hydatiques de l'abdomen : incision, ablation de la vésicule mère, capitonnage de la poche et réunion totale sans drainage.

Lorsque le kyste a suppuré, il faut le traiter comme un abcès.

ACTINOMYCOSE. — L'actinomycose de la mamelle, qui n'est pas rare chez les animaux (truie, vache), dans certains pays, se développe quelquefois chez l'homme. Il est possible même qu'elle ne soit pas aussi rare qu'on le pense, car le diagnostic en est assez difficile pour que bien des cas aient été méconnus.

Tantôt la mamelle est envahie par une actinomycose pulmonaire qui se propage de poche en poche au travers de la paroi thoracique ; tantôt le foyer mammaire est isolé. Dans ce dernier cas, la localisation mammaire peut exister seule, mais elle peut également être secondaire à un autre foyer siégeant dans un autre organe. Ainsi, chez un malade de Majocchi, le début s'était fait par la mastoïde.

Dans toutes les observations réunies par Binaud ⁽¹⁾, la lésion s'est développée chez la femme entre 22 et 55 ans.

La manière dont se fait l'infection échappe dans beaucoup de cas, mais elle est très nette dans d'autres. Dans le cas de Partsch, elle se fait par une plaie opératoire à la suite de l'ablation d'une tumeur. Chez deux malades de Muller,

⁽¹⁾ BINAUD, *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. VII, p. 125.

elle se fit par l'incision d'un abcès. Chez l'un des deux, il existait des grains d'actinomycose sur les dents cariées.

Le siège fréquent au voisinage du mamelon donne à penser que les canaux galactophores sont la voie habituelle de l'infection.

L'anatomie pathologique ne présente rien de particulier à signaler, si ce n'est peut-être la sclérose qui, autour des foyers actinomycosiques, s'étend loin dans le tissu glandulaire.

L'actinomycose de la mamelle évolue à la manière d'un abcès froid ou subaigu. C'est une tumeur inséparable de la glande, dure, peu ou pas sensible, qui devient douloureuse en croissant. Elle atteint le volume d'un gros œuf et ne tarde pas à contracter des adhérences avec la peau, qui rougit de plus en plus. Les ganglions sont tantôt sains, tantôt engorgés ; les symptômes inflammatoires s'accroissent, la perforation se fait et il s'écoule un pus chargé de grains actinomycosiques. La fistule qui s'est ainsi formée reste intarissable. Mais ce n'est pas tout, le mal est extensif, et de nouvelles fistules se forment à mesure qu'il s'étend. L'extension se fait en surface mais non en profondeur ; jamais on n'a vu l'actinomycose de la mamelle envahir la paroi thoracique.

Le diagnostic n'a jamais été fait avant l'ouverture. On croit soit à une mastite simple, soit à un cancer. Après l'ouverture, l'écoulement de pus chargé de grains actinomycosiques fait reconnaître la nature du mal. Mais si ces grains échappent, si on n'en constate pas la présence, on est naturellement porté à croire qu'il s'agit de tuberculose ou de syphilis tertiaire. On peut persister dans cette erreur même après l'opération, même lorsqu'on a les pièces sous les yeux. M. Muller fait remarquer que la sclérose glandulaire est plus marquée, que les fongosités sont plus résistantes et plus saignantes que dans la tuberculose.

Le pronostic est rendu grave non seulement par l'extension progressive locale, mais surtout par la possibilité du développement de nouveaux foyers dans des organes importants.

Le traitement doit donc être énergique et rapide. On peut essayer l'iodure de potassium, mais sans s'y attarder, car son efficacité n'est pas constante. Le vrai traitement consiste à enlever la tumeur en dépassant largement les limites du mal, ce qui conduit, lorsque la tumeur est volumineuse et irrégulière, à faire une véritable amputation du sein.

CHAPITRE VII

TROUBLES NERVEUX — MASTODYNIE

I. Troubles vasculaires. — J'ai déjà décrit (page 782) les ecchymoses spontanées du sein ; je n'y reviens pas. Je n'ai qu'un mot à ajouter sur l'écoulement spontané de sang par le mamelon.

C'est là un accident rare, qu'on observe cependant quelquefois chez des hystériques avérés. Chipault ⁽¹⁾ en a publié une observation curieuse.

⁽¹⁾ CHIPAULT, *Presse médicale*, 1896.

En étudiant les observations de ce genre, on voit que l'écoulement de sang par le mamelon n'est qu'un incident au milieu d'un cortège d'hémorragies multiples, épistaxis, hématoméses, otorragies. Et, dans bien des cas, il semble que le sang venait non pas des canaux galactophores, mais plutôt de la peau même du mamelon.

Quand il se produit des hémorragies spontanées et multiples, on ne saurait hésiter qu'entre l'hémophilie et l'hystérie. L'embarras ne peut être considérable. S'il arrivait que l'hémorragie se fasse uniquement par le mamelon, il faudrait déterminer exactement si elle vient des canaux galactophores ou de la peau. Dans ce dernier cas, on ne peut guère songer qu'à l'hystérie. Mais si le sang vient par les canaux galactophores, il faut penser à la possibilité d'un épithéliome endocanaliculaire.

II. Troubles sensitifs. Mastodynie. — La mastodynie n'est pas une maladie, mais un symptôme. Ce symptôme n'est spécial à aucune affection; on peut l'observer, à titre contingent, dans la plupart des maladies de la mamelle; cela explique qu'on ait pu émettre les opinions les plus différentes à son sujet.

Le symptôme mastodynie consiste en douleurs d'un caractère névralgique, qui se font sentir, d'abord dans le sein, quelquefois en un point très limité, et qui s'irradient soit vers le cou et la tête, soit et plus souvent vers l'épaule, le bras, l'avant-bras et jusque dans la main. Ces douleurs sont d'une extrême acuité; quelquefois continues avec des alternatives d'augment et de rémission, elles sont d'ordinaire intermittentes, reviennent par accès, par crises soit le jour, soit la nuit, parfois avec une certaine régularité. Au moment des crises, elles sont d'une grande violence, arrachant des cris aux malades. Dans certains cas, elles augmentent d'intensité aux approches des règles. Tantôt les accès surviennent sans cause appréciable. Tantôt ils sont déterminés par les causes les plus insignifiantes : un mouvement du bras, l'attouchement le plus léger, le simple contact des vêtements. Certaines malades arrivent à tout craindre, à ne plus oser remuer. Il en est qui perdent le sommeil, qui maigrissent, dont la santé s'altère sous l'influence de cet état d'angoisse permanent.

On peut classer de la manière suivante les faits dans lesquels ce symptôme se rencontre :

1° Dans un certain nombre de cas on trouve dans la mamelle une véritable tumeur d'où partent les irradiations douloureuses. Tantôt cette tumeur est nettement sous-cutanée, grosse à peine comme un pois, mobile sous la peau, indépendante de la glande. Ces faits rentrent dans les tubercules sous-cutanés douloureux, pour lesquels je renvoie à l'excellent article de Broca publié dans le premier volume de ce traité (1). Tantôt il s'agit véritablement d'une tumeur de la mamelle. Le plus souvent c'est une tumeur bénigne, comme dans le cas de Routier (2). Des tumeurs quelconques peuvent, il est vrai, déterminer des douleurs qui se rapprochent beaucoup de celles de la mastodynie. Il en était ainsi d'un squirrhe atrophique, dont l'histoire est rapportée par Fortoul (3), et d'une gomme syphilitique dont parle Landreau (4). Mais, je le répète, il s'agit

(1) Terrillon a publié un cas de myxome englobant quelques filets nerveux (*Progrès méd.*, 1880).

(2) ROUTIER, *Bull. de la Soc. de chir.*, 9 février 1887, p. 81.

(3) FORTOUL, Thèse de Paris, 1879, p. 20.

(4) LANDREAU, Thèse de Paris, 1874.

presque toujours de tumeur bénigne, et l'on a alors affaire au type décrit par Astley Cooper sous le nom de *tumeur irritable* de la mamelle.

2° Dans d'autres cas, il n'y a pas dans la mamelle de tumeur véritable, mais une série de nodosités; il s'agit de mammites chroniques. Ce sont ces noyaux que Velpeau a décrits sous le nom de *tumeurs névromatiques et nodosités*. Billroth (1) en donne deux belles observations. L'une est très complète. Le symptôme que j'ai signalé dans les mammites chroniques a été parfaitement observé : « Si l'on saisit la mamelle transversalement ou de haut en bas, on a l'impression qu'elle est le siège d'une tumeur dure et mamelonnée, mais, si on la palpe dans d'autres directions, on ne peut plus sentir de tumeur ». Phocas rapporte une observation du même genre, et il n'est peut-être pas un seul travail sur la mastodynie où l'on ne trouve signalée, inconsciemment en quelque sorte, l'existence dans la mamelle de ces noyaux multiples, de ces « grains glanduleux hypertrophiés » qui relèvent d'inflammations chroniques. Ces faits-là ne sont pas rares, et je ne suis pas éloigné de croire que la plupart des cas de mastodynie se rattachent à des mastites chroniques. Cette idée se rapproche de celle de Richet (2) qui considère la *maladie irritable* de la mamelle comme « une inflammation des tissus blancs, une *albuginite subphlegmasique* ».

3° Mais à côté de ces faits il en est d'autres où il s'agit plutôt de congestion que d'inflammation. Au moment où les douleurs apparaissent, le sein se gonfle, le mamelon devient turgescence, et la peau présente une teinte légèrement rosée. La palpation révèle dans toute la glande une consistance ferme, uniforme. Quelquefois cependant on sent les grains glandulaires un peu plus durs que le tissu qui les entoure. Les douleurs augmentent avec la turgescence du sein qui peut être poussée au point de doubler le volume de la mamelle. D'autres accidents surviennent parfois pendant la crise, sensation de strangulation, angine de poitrine (Le Clerc). La peau est hyperesthésiée; un simple frôlement détermine une douleur plus vive que la palpation profonde. Quelquefois cette zone d'hyperesthésie devient hystérogène. Puis survient la période de décroissance. Les douleurs diminuent en même temps que le sein s'affaisse, et la crise se termine pour recommencer après un intervalle variable. L'affection porte tantôt sur un seul sein, tantôt sur les deux simultanément ou successivement. C'est cette forme que Connard (3) a étudiée sous le nom de *sein hystérique*. Il en fait une véritable manifestation de l'hystérie, et Wood va encore plus loin, car il considère comme ayant une origine hystérique toutes les affections douloureuses du sein dans lesquelles les pressions fortes sont moins pénibles que les pressions légères. Ces sortes de congestions douloureuses de la mamelle sont parfois en relation avec les organes génitaux. Souvent les crises surviennent au moment des règles, ou bien elles coïncident avec d'autres manifestations anormales ou douloureuses du côté du bassin. J'ai observé un cas très remarquable de cette forme de mastodynie chez une femme qui avait subi une double ablation des annexes pour salpingite. Trois mois environ après l'opération, le sein droit est devenu douloureux; au moment des crises, il augmentait notablement de volume et la peau prenait une teinte légèrement rosée. Cette malade avait autour de ses pédicules salpingiens des adhérences et des exsudats douloureux. Elle ne présentait d'ailleurs aucune tare hystérique.

(1) BILLROTH, *loco citato*, p. 37.

(2) RICHEL, *Gazette des hôpitaux*, 1879, p. 585.

(3) CONNARD, Thèse de Paris, 1876.

D'après Gilles de la Tourette (1), il y aurait une autre forme de sein hystérique. Dans cette forme, il se produirait une tumeur localisée, susceptible de s'ulcérer et ressemblant de la plus étrange façon aux cancers.

4^e Enfin, dans certains cas, la mamelle ne présente aucune altération ni dans son volume, ni dans sa forme, ni dans sa consistance. Cette forme est peut-être la plus rare. Carmona (2) va jusqu'à la nier. « Dans les observations de névralgies de la mamelle publiées par Cooper, Ruz, Rosenthal, Fortoul, Terrillon, on n'en trouve pas une seule dans laquelle la mamelle ait conservé sa consistance et ses caractères normaux. » C'est aller un peu bien loin, d'autant plus que Cooper commence son article sur la tumeur irritable en disant : « La mamelle peut devenir irritable sans la formation d'aucune tumeur appréciable ». Wickham (3), dans sa thèse sur les affections douloureuses du sein, signale déjà ces formes qui ne s'accompagnent d'aucune altération anatomique. Il est bien probable qu'il s'agit alors de simples névralgies. C'est cette forme qu'on observe non seulement chez la femme, mais aussi chez l'homme (4).

Nicod (5) avait déjà signalé des faits de névralgie intercostale avec douleurs dans la mamelle. Valleix, Lechat (6), ont voulu considérer tous les cas de mastodynie comme dus à des névralgies intercostales. Il y a là un abus de langage. On ne donne pas le nom de névralgies aux douleurs qui reconnaissent pour cause une inflammation ou une tumeur; mais les névralgies existent. On a objecté qu'on ne trouvait pas les points douloureux signalés par Bassereau et Valleix. Cet argument n'a pas très grande valeur, car on n'a pas en général suffisamment distingué les différentes formes de mastodynie. Quoiqu'il en soit, il est certain qu'on peut trouver les points douloureux de la névralgie intercostale, puisque Kirmisson (7) les a observés chez un homme. Je pense donc que la névralgie intercostale peut causer des douleurs dans la mamelle et qu'elle constitue une forme, peut-être rare, mais certaine, de mastodynie.

C'est dans les cas de mastodynie que certaines femmes arrivent à se persuader qu'elles portent dans le sein des tumeurs, qui n'existent que dans leur imagination.

La mastodynie est en général très tenace, de longue durée, et Billroth déclare même qu'il n'y a pas d'observation exacte de guérison complète produite simplement par le temps. Il importe donc de traiter cette mastodynie ou plutôt la maladie dont elle est symptomatique.

Certains traitements aveugles employés autrefois sont aujourd'hui complètement abandonnés, tel le séton passé au travers du sein et les incisions sous-cutanées employées par Ruz (8). Aujourd'hui, en dehors des topiques et des calmants généraux qui sont parfaitement indiqués et qui rendent des services, on n'a plus recours qu'à trois modes de traitement : les opérations sanglantes, la compression, l'électricité.

Au point de vue de l'intervention, certains auteurs ont soutenu des opinions

(1) GILLES DE LA TOURETTE, *Septième Congrès de chirurgie*, 1895, p. 747.

(2) J.-M.-S. CARMONA, Thèse de Paris, 1886-1887.

(3) WICKHAM, Thèse de Paris, 1850.

(4) Nélaton a observé un fait de mastodynie qui reconnaissait peut-être pour cause une mastite chez un homme atteint de gynécomastie.

(5) NICOD, *Nouveau Journal de médecine*, septembre 1818.

(6) LECHAT, Thèse de Paris, 1830.

(7) KIRMISSON, *France médicale*, 7 août 1878.

(8) RUFZ, *Arch. gén. de méd.*, 1845, t. III, p. 79.

beaucoup trop radicales, faute d'avoir distingué les différentes lésions qui peuvent s'accompagner de mastodynie. Ainsi Wickham déclare que, quand l'opération est décidée, il faut enlever toute la glande, et il cite à l'appui de son dire l'histoire de deux malades dont l'une avait subi 2 amputations partielles et l'autre 17 (8 sur le sein gauche et 7 sur le sein droit) sans en jamais tirer qu'une amélioration momentanée. C'est une faute véritable de poser en principe qu'on doit enlever toujours la glande entière. Lorsqu'il s'agit de tubercules sous-cutanés douloureux ou de petites tumeurs adénoïdes, la simple énucléation de la tumeur donne d'excellents résultats, et c'est à cette intervention tout à fait bénigne qu'il faut recourir quand le traitement médical a échoué. Au contraire, lorsqu'il y a dans la glande des nodosités multiples, lorsqu'il s'agit de mammites chroniques, l'intervention partielle, l'ablation d'un des noyaux est généralement inefficace. Ce qui réussit le mieux dans ces cas, c'est la compression. Ce procédé, employé par Guihrie en 1854, accidentellement, pour une femme qui avait eu, dit Broca, le bonheur de se fracturer une côte, a donné depuis de nombreux succès. Chez une malade de Broca, les douleurs étaient si intenses que pour appliquer la compression on fut contraint de l'anesthésier. Certains chirurgiens pensent que la compression des seins, à moins d'être portée au point d'asphyxier la malade, est tout à fait illusoire. Cette opinion est exagérée. La compression des mamelles est, il est vrai, difficile à bien faire; on peut cependant y réussir et en tirer bénéfice. La bande de caoutchouc est alors d'un puissant secours, mais il est rare qu'elle puisse être supportée longtemps. Si la compression échoue et qu'on arrive à constater nettement qu'il n'y a qu'une seule nodosité douloureuse, que c'est toujours la même, que les irradiations en naissent, on est autorisé à en faire l'ablation. Mais si l'on n'obtient après cette intervention qu'une amélioration transitoire, si d'autres nodosités deviennent douloureuses et remplacent en quelque sorte la première comme point de départ des irradiations, il est inutile de s'acharner et d'enlever successivement toutes les nodosités, on n'obtient rien. J'ai déjà signalé l'observation de Wickham où 17 opérations furent faites en pure perte. Dans une autre, on voit Schutz, von Pitha, Billroth, faire successivement chacun plusieurs excisions sans arriver à guérir la malade. Il faut donc, pour ces cas-là, renoncer aux opérations partielles successives. Si les médications internes, la compression, l'électricité, n'apportent pas un soulagement suffisant, si la persistance et l'intensité des douleurs justifient une opération sanglante, c'est à l'amputation du sein qu'il faut recourir.

Dans les cas de congestions de la glande mammaire revenant par crises, la compression ne paraît pas donner grand résultat. Si ces congestions paraissent liées à des troubles des organes génitaux internes, il faut diriger le traitement de ce côté. Lorsqu'il s'agit de manifestations hystériques, c'est l'hystérie elle-même qu'il faut surtout soigner. Localement on peut employer l'électricité galvanique. Wood (1) dit s'en trouver bien. J'ai guéri une malade par ce moyen. Mais j'ai assaisonné les applications électriques de tels discours que j'attribue la guérison bien plus à la suggestion qu'à l'électricité.

Enfin, dans le cas de névralgie simple, sans altération de la mamelle, il faut avoir recours au traitement habituel des névralgies. Je crois que dans ces cas l'intervention sanglante même totale serait absolument contre-indiquée, car la douleur pourrait très bien survivre à l'organe.

(1) Wood, *Philad. med. Times*, 7 octobre 1885, vol. XIII, p. 41.