

sont une manifestation. — Les abcès ordinaires chez les nouveau-nés guérissent presque toujours rapidement, les conditions étant bien plus favorables dans ces cas. De même les abcès du sein chez **les femmes en dehors de la lactation** causent rarement des symptômes graves. On les observe le plus souvent à l'époque de la puberté, de la 12^e à la 17^e année, et il est bien possible qu'ils soient en relation avec les épanchements sanguins spontanés qui, ainsi qu'on l'a constaté, se produisent assez souvent dans la glande mammaire, au moment de la menstruation. Plus souvent ce sont des contusions qui jouent un rôle étiologique, et quelquefois l'abcès a pour point de départ les glandes sébacées qui sont richement représentées dans la région du sein. Dans ce dernier cas le foyer purulent est toujours superficiel. Du reste les autres abcès qui surviennent en dehors de la lactation, sont aussi situés moins profondément que ceux qui se développent chez les femmes qui allaitent, et ils ont toujours une marche moins rapide; la douleur est moins vive et la fièvre moins intense.

Enfin, de même que chez la femme, on peut aussi observer **chez l'homme** des inflammations du sein se terminant par suppuration, ainsi que, parfois, des irritations fonctionnelles de cette glande.

Les abcès chroniques du sein sont très rares. La plupart des abcès froids de la région mammaire, et ceux que j'ai observés sont de ce nombre, proviennent non pas de la glande, mais bien de la paroi thoracique sous-jacente. C'est alors une tuberculose des côtes ou du sternum qui en est le point de départ. (Voir plus haut, § 56.)

On a décrit des abcès chroniques du sein, remarquables par la lenteur de leur développement, chez des femmes qui allaitent, mais ce sont là des faits douteux. Bien souvent, sans doute, il s'agit d'abcès chauds qui, une fois formés, passent à l'état chronique et ne sont plus susceptibles d'accroissement. Mais encore plus souvent on a pris pour des abcès de gros kystes laiteux dont le contenu s'était altéré et épaissi. D'autre part, il est hors de doute qu'il existe une véritable **tuberculose** de la région mammaire. Cette affection a été décrite d'abord par COOPER et VELPEAU, ainsi que par BILLROTH; je l'ai moi-même observée plusieurs fois et je l'ai toujours vue débiter par un ganglion qui, en se tuméfiant, arrive en contact avec la portion axillaire de la glande mammaire; en même temps les ganglions de l'aisselle deviennent également tuberculeux; alors seulement la glande mammaire est envahie à son tour. Cette affection a été de nouveau l'objet de plusieurs publications dans ces derniers temps.

Le travail le plus complet sur la tuberculose de la glande mammaire a été publié sous forme de monographie par DUBAR (Paris, Baillière et fils, 1882), lequel s'est basé sur ses propres observations et sur celles qu'il a pu recueillir dans les publications médicales. Cette affection s'observerait principalement chez les jeunes femmes; cependant l'Institut pathologique de Giessen a publié aussi des cas de cette maladie survenus

chez des individus âgés (OHNACKER) et elle aurait même été observée une fois chez l'homme (PORRIER). DUBAR en distingue deux formes dont l'une est constituée par un grand nombre de nodosités disséminées, du volume d'un grain de mil jusqu'à celui d'une amande, et séparées les unes des autres par du tissu glandulaire sain, tandis que l'autre est confluente et formée d'un certain nombre de tumeurs pouvant atteindre le volume d'un œuf de poule; ces tumeurs arrivent en contact réciproque et se confondent finalement en une seule masse. Il est probable que la première forme peut passer à la seconde. Ces nodosités présentent à l'œil nu et sous le microscope toutes les particularités de la tuberculose; MARCHAND démontra, du reste, leur caractère tuberculeux par des inoculations ainsi que par la constatation de la présence des bacilles. Ces processus ont une certaine tendance à subir de bonne heure la caséification et la fonte purulente, et ils s'accompagnent presque toujours d'une tuberculose étendue et d'une caséification des ganglions lymphatiques. Lorsque chez une jeune femme on voit se produire une intumescence tuberculeuse des ganglions de l'aisselle, on doit toujours aller à la recherche de foyers tuberculeux de la glande mammaire. La marche clinique est celle de la tuberculose depuis la formation de nodules multiples d'abord disséminés, puis confluents, jusqu'à leur ramollissement terminal et à la formation de fistules. Le plus souvent la maladie se complique d'une tuberculose d'autres organes.

Dans le diagnostic on aura surtout à prendre en considération la mastite interstitielle avec ses conséquences, de même que l'adénome et le fibrome, et à un degré moindre le carcinome et le sarcome. D'autre part, ainsi que le fait remarquer SCHULLER, lorsqu'on se trouve en présence d'une nodosité de la glande mammaire, on peut rester dans le doute sur sa nature syphilitique ou tuberculeuse. Quant au traitement, abstraction faite des moyens à employer contre la tuberculose en général, il consistera dans l'extirpation, soit des tumeurs isolées, soit de toute la glande mammaire ainsi que des ganglions axillaires.

Quant à l'inflammation interstitielle non suppurée de la glande mammaire, il en sera question plus loin à propos des tumeurs (voir § 61).

C. HYPERTROPHIE DES GLANDES MAMMAIRES.

§ 60. — Principalement à l'époque de la puberté, mais quelquefois aussi plus tard, on observe chez certaines personnes un développement excessif des seins. En général l'hypertrophie est bilatérale, rarement elle n'intéresse qu'un côté. Si l'on examine le tissu des glandes ainsi hypertrophiées, on constate une augmentation considérable du nombre et du volu-

me des lobules glandulaires, lesquels sont réunis par un tissu conjonctif interacineux très abondant. BILLROTH, se basant sur sa propre expérience et sur quelques observations recueillies dans la littérature médicale, pense qu'au point de vue anatomique il s'agit probablement d'une combinaison de l'hypertrophie avec des noyaux nombreux de fibro-sarcome. La peau et le tissu sous-cutané présentent également une hypertrophie considérable, et assez souvent le tissu adipeux est tout particulièrement développé.

On a vu des seins augmenter rapidement de volume dans l'espace d'une année et descendre jusque sur les cuisses; chacun des seins peut ainsi atteindre un poids de 5 et même 10 kilogrammes.

Autrefois on a cherché par tous les moyens possibles à guérir l'hypertrophie, et principalement l'iode à l'intérieur a joui pendant longtemps d'une vogue assez imméritée. Au début seulement de l'hypertrophie il est peut-être possible d'obtenir un bon résultat par l'application locale de teinture d'iode et la compression. Lorsque le sein a acquis des dimensions pareilles à celles que nous avons décrites plus haut, il ne reste plus qu'à faire l'extirpation de la tumeur devenue gênante par son poids. L'opération sera pratiquée suivant le même procédé que l'amputation du sein; la seule différence consiste en ce que le danger d'hémorragie est plus grand que lorsque l'opération est basée sur d'autres indications.

D. TUMEURS DE LA GLANDE MAMMAIRE CHEZ LA FEMME.

§ 61. — Les glandes mammaires appartiennent à la catégorie des glandes en grappes ou acineuses, dont la sécrétion n'a lieu qu'à certaines époques déterminées. L'appareil chargé de la sécrétion du lait se compose d'un très grand nombre de lobules ou acini disposés en forme de grappes, et dont chaque vésicule est tapissée intérieurement d'une seule couche de petites cellules épithéliales rondes. Des acini naissent les conduits excréteurs tapissés d'une couche d'épithélium cylindrique; les conduits des nombreux lobules se réunissent peu à peu pour former de 12 à 15 grands conduits galactophores. Ces derniers, avant de pénétrer dans l'intérieur du mamelon, présentent une dilatation ampullaire appelée sinus, puis ils viennent s'ouvrir à la surface du mamelon. Les acini sont séparés entre eux par un tissu conjonctif dense plus ou moins abondant.

Les glandes mammaires présentent aux divers âges des différences histologiques assez considérables, et qui ont de l'importance au point de vue du développement des tumeurs. Tandis que dans l'enfance et jusqu'à la période de la puberté de la femme, l'appareil glandulaire consiste essentiellement dans des conduits excréteurs et des culs-de-sac terminaux, on voit se former chez la jeune fille des vésicules terminales, qui peu à peu se développent pour former les acini en forme de grappe décrits plus haut. Pendant la grossesse, la glande mammaire augmente de volume grâce à la formation de nouveaux acini pariétaux et au

développement qui prend le tissu conjonctif interacineux riche en vaisseaux, et qui s'infiltré également d'un grand nombre de petites cellules.

A la ménopause, la glande mammaire subit une métamorphose régressive. L'appareil glandulaire proprement dit, c'est-à-dire les acini, disparaissent peu à peu, l'épithélium dégénère, et il ne reste plus que les conduits excréteurs, sous forme de fins canaux entourés d'un tissu conjonctif ordinairement dense. Assez souvent la forme extérieure du sein est conservée, grâce à l'augmentation du tissu adipeux à la périphérie de la glande.

La surface de la glande mammaire, ainsi que son intérieur, sont parcourus par un riche réseau de vaisseaux lymphatiques. De ce réseau partent de petits troncs lymphatiques qui se rendent en grande partie dans les ganglions de l'aisselle. Un petit nombre de ces vaisseaux s'anastomosent avec les lymphatiques intercostaux, et sont en relation directe avec les ganglions lymphatiques de la cavité thoracique (LUSCHKA).

La glande mammaire de l'homme n'atteint que rarement le développement qu'elle présente chez la femme. Généralement elle reste chez l'homme à l'état infantile.

Comme tous les organes glandulaires, les glandes mammaires peuvent être le siège de processus morbides intéressant soit la substance même de la glande, soit le tissu conjonctif interstitiel. Pour des motifs que nous allons bientôt faire connaître, nous décrirons en premier lieu les tumeurs provenant du tissu conjonctif.

a. Tumeurs provenant du tissu conjonctif de la glande mammaire.

§ 62. — Nous commencerons cette étude par la description d'une affection qui, à proprement parler, ne rentre pas dans le groupe des tumeurs, car les cas véritablement typiques sont encore du domaine de l'inflammation. Mais, au point de vue anatomo-pathologique, les modes de terminaison de la **mastite interstitielle** présentent de grandes analogies avec les néoplasmes du tissu conjonctif; en outre, sous le rapport clinique, cette affection ressemble beaucoup à certaines formes de tumeurs, dont elle ne peut guère être séparée.

La **mastite interstitielle** peut se présenter soit sous la forme diffuse, soit sous la forme circonscrite.

La **forme diffuse** (induration bénigne) est très rare, et pour ma part, je ne l'ai observée qu'une seule fois d'une façon bien positive. On peut distinguer deux stades de la maladie. Dans le premier stade la glande se tuméfie et devient douloureuse; cette tuméfaction, qui atteint toute la glande d'une façon régulière, est due essentiellement à une infiltration inflammatoire du tissu conjonctif, bien que l'on puisse aussi observer, en même temps, des phénomènes d'irritation de la substance glandulaire elle-même. Au bout d'un certain temps l'affection passe au second stade consistant en une rétraction du tissu conjonctif infiltré par les produits inflammatoires. Il en résulte des dépres-