

CHAPITRE IV

AFFECTIONS DES MAMELLES

I

Maladie kystique de la mamelle.

MESSIEURS,

J'ai décrit, en 1883, sous le nom de « maladie kystique de la mamelle », une affection dont le type clinique est, à cette heure, généralement accepté, mais dont l'anatomie pathologique est loin d'être fixée. Les analyses microscopiques pratiquées sur nos premières pièces par M. Brissaud et par M. Malassez ont été contestées, et MM. Quénu, Toupet, Pierre Delbet ont émis, là-dessus, des opinions contradictoires. Je n'ai pas qualité pour juger le débat, mais je puis exposer les documents du litige et profiter de cette occasion pour vous donner un aperçu général de cette maladie dont, en moins d'un mois, quatre cas viennent de passer sous nos yeux.

Toutefois, avant d'entrer dans le vif de la question, permettez-moi d'examiner avec vous qui a vraiment, le premier, isolé la maladie kystique de la mamelle. Mon collègue et ami, M. Pierre Delbet, si compétent en pa-

reille matière, ne m'attribue pas cet honneur et, d'après lui, le tableau qu'avait tracé Astley Cooper « est absolument superposable » à ma description. Astley Cooper n'a-t-il pas étudié sous le nom d' « hydatide celluleuse » une affection dans laquelle la mamelle « est farcie de kystes? Le volume des vésicules varie de celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une balle de fusil. Dans la majorité des cas, la maladie envahit toute la mamelle... La maladie hydatique du sein présente, dans sa première période, des points de ressemblance avec l'inflammation chronique simple. Dans la seconde période, lorsque la fluctuation existe, on la reconnaît encore à l'indolence de la tumeur et de plus à l'existence de plusieurs points de fluctuation distincts les uns des autres. Mais le meilleur moyen d'arriver à ce diagnostic précis, consiste à faire une ponction dans le kyste. »

M. Pierre Delbet, à l'article duquel j'emprunte cet extrait, ajoute : « Cette description si claire, si explicite dans sa brièveté, était tombée dans l'oubli lorsque Reclus rappela l'attention sur cette forme clinique. » Eh mon Dieu! oui! cette description me paraît « claire et complète dans sa brièveté », ou du moins à peu près, mais si chaque membre de phrase est rigoureusement d'Astley Cooper, l'agencement en est de Pierre Delbet, et les éloges qu'il adresse à l'auteur anglais, c'est lui qui les mérite, car, en définitive, cette description est de lui. Si je voulais, à mon tour, grouper, à la manière de M. Pierre Delbet, des lambeaux de phrase pris dans le long, dans le très long chapitre d'Astley Cooper sur l'hydatide celluleuse, j'aurais aussi un tableau exact au même titre, mais qui donnerait une étrange idée de la

maladie kystique. Pourquoi, du reste, ne le ferais-je pas? Comme M. Pierre Delbet, je m'en réfère à la traduction de Chassaignac et Richelot :

« Tantôt la totalité de la glande est envahie, tantôt une portion seulement est le siège de la maladie... Il suffit alors d'exciser une partie du sein, ce qui n'expose à aucune récurrence... Je n'ai jamais vu les deux mamelles affectées en même temps... Les veines superficielles deviennent variqueuses... A la fin, une des parties dans lesquelles la fluctuation est la plus évidente s'enflamme, s'ulcère et laisse s'écouler une quantité considérable de sérosité. Des trajets fistuleux s'organisent dont la guérison est très difficile. Les interstices du tissu propre de la glande sont remplis d'une quantité considérable de matière fibrineuse qui y est sécrétée sous l'influence d'une inflammation chronique de nature spécifique... Le kyste dans lequel le liquide est renfermé a des parois très vasculaires; il s'y fait une circulation sanguine tellement riche que les veines y atteignent une dilatation considérable et que souvent il s'écoule beaucoup de sang pendant qu'on pratique l'ablation du sein... Dans l'intérieur de ce kyste on trouve des hydatides suspendues par de petits filaments... On y trouve aussi quelques globules arrondis qui renferment du tissu cellulaire. »

Il me semble que ce tableau, rigoureusement extrait de la description d'Astley Cooper, n'est pas « superposable » à celui que j'ai donné de la maladie kystique, et ces mamelles dont la peau sillonnée d'arborisations variqueuses s'enflamme et s'ulcère, cette matière fibrineuse qui envahit le tissu propre, cette abondante vascularisation du parenchyme glandulaire, ces hyda-

tides qui se développent sur la paroi du kyste se rapportent d'une manière bien autrement exacte aux adénomes végétants, aux kystes prolifères dont Paget devait publier plus tard une si remarquable étude. Certainement Astley Cooper a vu de nombreux cas de notre maladie, mais il n'a pas su l'isoler des autres affections kystiques de la mamelle. Aussi son « hydatide celluleuse » n'a-t-elle pas pris place dans la nosographie de ses contemporains ou de ses successeurs, qui tous, cependant, ont eu sous les yeux des exemples incontestables de maladies kystiques. Dans notre premier mémoire, nous rappelions à ce sujet les observations de Velpeau, de Holmes, de Birket. Eux aussi donnent les traits essentiels de la maladie kystique, mais, comme chez Astley Cooper, entremêlés à d'autres signes qui suffisent à la défigurer.

Et c'est pourquoi nous croyons avoir, non pas « rappelé l'attention sur cette forme clinique, » mais véritablement isolé pour la première fois cette maladie confondue avec d'autres affections de la glande et presque toujours opérée, avant notre premier mémoire, comme s'il s'agissait de cancers authentiques. D'ordinaire, pourtant, le diagnostic nous paraît facile, et voici les caractères qui permettent d'établir l'identité de la maladie kystique : d'abord, il n'y a pas de tumeur au sens propre du mot, la dégénérescence est générale ; vous avez bien une nodosité plus grosse que les autres, un renflement plus considérable, une cavité distendue par une quantité plus grande de liquide, mais des kystes en grand nombre sont épars dans toute la glande et toujours, ce que ne dit pas Astley Cooper ; on en trouve dans tous les lobes et dans tous les lobules, et peu de culs-de-sac y échappent.

Le mal est diffus et la cavité ne s'est pas développée au milieu d'un néoplasme, sarcome, carcinome ou épithélioma, comme on l'observe pour la plupart des autres kystes. En un mot, nous n'avons pas une tumeur kystique, mais des kystes semés dans toute la mamelle.

Aussi ne suffit-il pas, comme le croit M. Cooper, « d'exciser une partie du sein, ce qui n'expose à aucune récidive ». Ceux qui ont suivi cette pratique ont vu les tumeurs se développer dans ce qu'on avait laissé de la mamelle. Ainsi en fut-il dans le premier cas de maladie kystique observé avec mon maître Paul Broca ; la région correspondante à un premier kyste fut extirpée ; la région voisine se mit à grossir : au bout de six mois, une nouvelle intervention devenait nécessaire ; ainsi fut-il encore dans une observation de Pozzi que j'ai rapportée dans un de mes mémoires antérieurs sur la maladie kystique de la mamelle. Ce trait du tableau du chirurgien anglais se trouve donc inexact.

C'est là le premier caractère, qui est d'une haute importance. En voici un second non moins significatif : la lésion atteint le plus souvent les deux glandes et les kystes sont bilatéraux, ce que n'a jamais vu Astley Cooper. Je sais bien que, parfois, ils passent inaperçus dans l'une des deux mamelles, que les malades ignorent leur existence, que le chirurgien même les méconnaît, mais une palpation attentive me les a presque toujours fait découvrir dans mes observations personnelles, qui s'élèvent à plus de trente. Disons, d'ailleurs, que chirurgien et malade s'occupent seulement de la tumeur principale, du kyste prépondérant, et laissent de côté ce qui est l'essence même de l'affection, ces nodosités miliaires

semblables à des grains de plomb incrustés dans le parenchyme, ces duretés, ces saillies qui provoquent, à la palpation de la glande, une sensation analogue à celle de ces pièges à oiseaux où du chènevis est collé sur une planchette. On dirait aussi que les culs-de-sac ont été injectés à la cire. Ces comparaisons vous en disent plus qu'une description minutieuse et vous apprendront à retrouver, autour du kyste principal, une foule de petits satellites sous forme de fines bosselures dans la glande « grumelotée » et comme « sclérosée ».

Ces deux signes suffisent, mais leur constatation n'est pas toujours facile, la limite est souvent indéfinie entre les grains glandulaires normaux que l'on perçoit dans les mamelles maigres au-dessous d'une peau flétrie, et les plus petites dilatations kystiques, car il n'y a pas nécessairement de grands kystes; des poches volumineuses ne se développent pas fatalement; elles peuvent d'ailleurs évoluer au centre de la mamelle, sur sa face profonde, où le doigt ne les sent qu'à peine. Et puis la résistance ligneuse que présentent ces kystes, même lorsqu'ils atteignent la grosseur d'une noix, est vraiment déconcertante. Votre doigt proteste contre votre raison, qui veut faire de cette tumeur, semblable à un squirrhe, une poche à contenu liquide. La fluctuation existe bien quelquefois; nous l'avons constatée dans cinq observations sur trente, mais elle manque si souvent qu'il faut toujours recourir à la ponction exploratrice qui donne le diagnostic sur l'heure et à peu de frais. Ce procédé élémentaire, je ne l'ai vu dans aucun cas pratiquer par mes collègues; je vous répéterai cependant un aphorisme : ne faites jamais un diagnostic ferme de

tumeur mammaire sans le contrôler par la ponction.

Nous ajouterons un certain nombre de signes « négatifs » pour les opposer au tableau d'Astley Cooper : la peau est normale, mobile, sans dilatation variqueuse; elle glisse sur les saillies de la glande; jamais nous n'avons constaté l'adhérence des kystes aux téguments, leur ulcération et la formation de fistules signalées par l'illustre chirurgien anglais. Les glandes nous ont paru petites, rétractées, du moins lorsque les plus gros kystes ont été ouverts et, dans aucune de nos pièces, nous n'avons noté cette infiltration de matière « fibrineuse » et cette vascularisation abondante des tissus; artères et veines paraissent plutôt étouffées dans les lames conjonctives sclérosées. Les kystes, dont le volume varie, contiennent un liquide tantôt clair, transparent, citrin ou légèrement verdâtre, tantôt visqueux, épais, chargé d'une bouillie athéromateuse, de couleur noire, jaune, café au lait ou chocolat. Mais à ces divers aspects ne correspondent pas des différences très grandes de composition : il s'agit toujours d'une substance mucoïde que tiennent en suspension des matières colorantes du sang, des globules déformés, des cellules tuméfiées et granuleuses et quelques cristaux. Enfin, jamais, dans les cas authentiques de maladie kystique, nous n'avons trouvé de végétation à leur surface interne, « des hydatides suspendues par de petits filaments », comme l'aurait vu Astley Cooper.

Quelle est l'origine de ces kystes? Ici commence le grand débat, et nous nous trouvons en présence de quatre hypothèses : celle que j'ai exposée dans mon premier

mémoire, d'après MM. Brissaud et Malassez; notre maladie serait, en définitive, un épithélioma kystique intra-acineux, celle de MM. Quénu et Pierre Delbet, qui la regardent comme une variété de mastite chronique, une sorte de cirrhose épithéliale; celle de M. Bard: pour lui, « il existe une maladie kystique essentielle qu'on retrouve dans tous les organes glandulaires aussi bien que dans la mamelle: elle est caractérisée par la dilatation simple des acini ou des canaux excréteurs se produisant sous la seule influence de la pression normale des liquides qu'ils contiennent. Elle constitue ainsi une véritable angine glandulaire. Cette dilatation, pour se produire, demande une prédisposition morbide spéciale de la paroi des tubes glandulaires. Cette prédisposition, d'origine congénitale, consiste sans doute dans un défaut de résistance de paroi qui est elle-même sous la dépendance d'un défaut de qualité de la substance fondamentale qui la constitue. » Enfin la quatrième opinion est celle de MM. Toupet et Rochard, pour qui la maladie kystique traduirait tantôt une dégénérescence épithéliale véritable, tantôt un processus inflammatoire chronique.

M. Toupet, dans un intéressant mémoire publié en 1890 par la *Semaine médicale*, analyse trois pièces qui lui avaient été envoyées avec le diagnostic « maladie kystique ». Or, dans l'un des cas, il s'agissait d'une mammitte chronique simple; dans le second, d'une mammitte chronique avec lésion conjonctive intra et péricanaliculaire; enfin, dans le troisième, d'un véritable épithélioma cylindrique. « Il nous semble donc avéré, ajoute M. Toupet, que le type clinique de la maladie kystique des mamelles comprend des types histologiques différents. »

D'après lui, ses deux premiers faits peuvent être rapprochés l'un de l'autre et correspondent à la description et aux dessins publiés par M. Brissaud. Seulement, au lieu de les qualifier d'épithélioma kystique intra-acineux, comme ce dernier, il les appelle mammitte chronique « parce qu'il s'agit là d'un processus inflammatoire simple plutôt que d'un processus néoplasique » — opinion que nous retrouverons défendue par MM. Quénu et Pierre Delbet. Le troisième fait diffère, et cet épithélioma cylindrique, s'il correspond à un cas de maladie kystique de la mamelle, compromettrait l'entité morbide que nous pensons avoir isolée. Mais les erreurs de diagnostic entre les diverses affections kystiques du sein sont possibles et même faciles, et ici nous laissons la parole à M. Pierre Delbet: « Dans les cas où l'on a constaté, soit cliniquement par les récurrences ou l'infection ganglionnaire, soit anatomiquement par l'examen histologique, qu'il s'agissait d'épithélioma, la maladie de Reclus n'était pas au complet, le processus n'était pas bilatéral, ou la glande n'était pas envahie dans sa totalité, ou il existait un écoulement de sang par le mamelon. »

Sans l'avoir contrôlée d'une façon suffisante, nous accepterions volontiers cette opinion et notre syndrome au complet, notre maladie kystique se rapporterait à une lésion unique; mais cette lésion serait susceptible de recevoir deux interprétations différentes, puisque, en se basant sur des préparations presque semblables, MM. Pierre Delbet et Quénu considèrent la tumeur comme une variété de mastite chronique, tandis que MM. Brissaud et Malassez la dénommeraient volontiers épithélioma kystique intra-acineux. Or, il n'y a pas de

doute, les descriptions des uns et des autres se rapportent à des lésions identiques. Lorsqu'on suit, au microscope, le développement du travail pathologique des régions à peu près saines aux lobules les plus malades, on voit que dans les culs-de-sac glandulaires presque intacts, l'épithélium a tout au plus perdu sa forme cubique et a subi une dégénérescence granulo-graisseuse; dans les acini voisins et déjà plus malades, les cellules cubiques tapissent encore la paroi du petit kyste, mais la cavité, distendue, est remplie par des cellules épithéliales anguleuses, irrégulières, polyédriques et dites, par M. Malassez, cellules métatypiques. Ces cellules polymorphes s'accumulent; leur masse est délayée par un liquide que la paroi sécrète sans doute, et c'est ainsi que, par accroissement progressif, se forment ces cavités volumineuses qui atteignent le volume d'une noix ou même d'un œuf.

Outre les altérations épithéliales des acini que nous avons décrites d'après MM. Brissaud et Malassez, mais que les défenseurs du processus inflammatoire ont reconnues aussi dans les mamelles kystiques, on trouve — et M. Pierre Delbet y insiste spécialement — une prolifération du tissu conjonctif qui forme une série d'anneaux régulièrement concentriques et encercle chaque acinus; le tissu est d'ailleurs adulte, mais très chargé de cellules embryonnaires, surtout dans la partie la plus rapprochée des éléments glandulaires. Tantôt, c'est la prolifération épithéliale intra-acineuse qui l'emporte et tantôt la prolifération conjonctive: les éléments épithéliaux sont donc étouffés; au milieu des zones fibreuses concentriques, on ne trouve plus que quelques cellules

épithéliales dégénérées, et même, en certains points, on n'en trouve plus du tout; l'épithélium a disparu et l'acinus est remplacé par un noyau fibreux. Point capital, « sur la même pièce et quelquefois sur le même lobule, la lésion peut évoluer de deux façons différentes: tantôt l'activité épithéliale l'emporte et l'acinus se dilate de manière à former un kyste: tantôt, au contraire, la prolifération conjonctive, plus active, étouffe l'élément glandulaire, et l'acinus se transforme en un petit noyau fibreux. »

Si nous avons emprunté notre description anatomo-pathologique pour une moitié aux partisans de l'origine épithéliale, et pour l'autre aux défenseurs de la nature inflammatoire, c'est seulement pour montrer que les lésions sont reconnues identiques dans les deux camps, et que les uns et les autres ne diffèrent que sur l'interprétation. Lesquels ont raison et qui faut-il croire? Or, la question est d'un intérêt pressant, car elle dictera notre conduite au point de vue thérapeutique: s'il s'agit d'une inflammation chronique simple, le chirurgien n'a qu'à s'abstenir, mais si la maladie kystique est un épithélioma, une intervention rapide est de rigueur. N'y aurait-il pas à craindre de voir la tumeur s'accroître, envahir la peau, les ganglions et finir par se généraliser? Ce n'est donc point un débat théorique et d'un intérêt purement scientifique ou lointain. Malheureusement il est difficile de se prononcer d'une façon catégorique et, comme le dit M. Pierre Delbet, « on éprouve quelque embarras lorsqu'il s'agit de donner les raisons précises de son opinion ».