

Pour les incompetents comme nous, le dernier qui parle a chance de paraître avoir raison, et les recherches de M. Quénu, les mémoires de M. Toupet et de M. Rochard, la communication de M. Pierre Delbet à la Société de chirurgie, son article du *Traité de chirurgie*, ont beaucoup ébranlé notre croyance en la nature épithéliale et, par conséquent, maligne de la maladie kystique. L'analogie qu'on a établie entre cette affection et les dégénérescences kystiques de l'épididyme, l'ovaire scléro-kystique, les œufs de Naboth du col de l'utérus, les dilatations des glandes salivaires et des canalicules du rein, nous paraissent d'autant plus acceptables que la clinique a, sous nos yeux du moins, toujours témoigné en faveur de la bénignité de la maladie kystique. Il existe bien, dans la science, trois ou quatre observations où la dégénérescence carcinomateuse aurait été notée et où l'on aurait vu survenir une récurrence; mais, dans ces cas, le syndrome clinique que nous avons établi n'était pas au complet et il est probable qu'il s'agissait, en définitive, de quelque erreur de diagnostic.

J'ai vu, pour ma part, plus de 30 maladies kystiques: j'en ai opéré 26, dont 11 à l'hôpital, et de celles-là je ne parlerai pas, car la plupart ont échappé à mon observation ultérieure. Mais 15 de mes malades appartiennent à la clientèle civile. J'ai déjà cité 7 d'entre elles dans mes cliniques de 1887, et je n'y reviendrai pas; je me contente de rappeler que, chez aucune d'elles, la récurrence n'a été constatée. Or, ma première malade a été opérée au mois de juin 1878, et nous l'avons revue, il y a moins d'un mois, en bonne santé, malgré l'existence, chez elle, de gros fibromes utérins. Des 8 femmes que

j'ai soignées de 1887 à 1892, 6 ont subi l'amputation des deux seins, deux à trois ans d'intervalle et quatre le même jour: 2 de mes malades, malgré la bilatéralité de la lésion, n'ont été opérées que de la mamelle distendue par des kystes plus volumineux ou plus douloureux. Eh bien! chez aucune des 6 premières malades, la récurrence n'est survenue dans les cicatrices des seins enlevés, et chez les 2 opérées qui ont conservé une de leurs mamelles, cette glande n'a subi aucune dégénérescence épithéliale d'allure maligne.

De plus, dans trois cas que j'ai pu suivre et où j'ai déconseillé toute intervention chirurgicale, les mamelles atteintes ont bien changé d'aspect, certaines nodosités, à peine appréciables d'abord, ont grossi et se sont distendues, tandis que d'autres se sont affaissées, mais jamais je n'ai vu survenir les adhérences de la peau, les infiltrations voisines, les dégénérescences ganglionnaires, la cachexie qui caractérisent les tumeurs malignes. Ces trois femmes sont jeunes, il est vrai, et l'une d'elles vient seulement de dépasser trente ans. Mais il n'en reste pas moins établi que sur 18 cas types de maladie kystique de la mamelle, je n'ai vu ni récurrence chez les opérées, ni généralisation chez les non-opérées; c'est un argument très puissant que les partisans de l'origine inflammatoire, les fauteurs de la mammitte chronique ont à leur actif, et je m'empresse, en toute justice, de leur fournir l'appoint de cette statistique.

Quelle influence cette conviction naissante va-t-elle avoir sur ma thérapeutique? Depuis longtemps déjà j'avais bien modifié la rigueur de mes premiers principes.

Dans mon mémoire de 1883, je considère l'extirpation de la mamelle, et même des 2 mamelles, comme absolument indiquée. Pour moi, alors, le doute n'est pas possible. L'ablation doit être totale, et j'admets tout au plus que, si l'état de la malade s'oppose à une double amputation simultanée, il ne faudra pas trop tarder à enlever la glande restante. En 1887, dans mes cliniques de l'Hôtel-Dieu, je constate l'absence de récurrence chez mes 7 opérées; je signale un fait où Maunoury a vu la maladie kystique envahir une mamelle trente ans après que Roux avait constaté la dégénérescence de la première glande; or, dans ce long espace de temps, la tumeur primitive n'avait point pris les allures d'un néoplasme malin.

Aussi je déclarais ma doctrine thérapeutique comme encore flottante. Fallait-il enlever les mamelles kystiques ainsi que les anatomo-pathologistes nous y engagent, ou devait-on se fier entièrement à ces premiers enseignements de la clinique et s'abstenir d'opérer? Mais la chance à courir n'est-elle pas trop grave? Le cancer est une affection trop redoutable pour qu'on s'expose à cette chance sans nécessité absolue et j'opinais, en principe, pour l'ablation des glandes. Pourtant, ajoutais-je, je n'ose insister avec la vigueur que nous déployons lorsqu'il s'agit de tumeurs malignes à brève échéance, et pour les femmes jeunes encore et dans le plein de la vie génitale, je les tiens en observation et je n'opère pas. Ainsi, depuis six ans, je surveille trois jeunes femmes dont j'ai parlé plus haut et pour lesquelles j'avais renvoyé toute idée d'opération jusqu'après l'époque de la ménopause. Et c'est cette doctrine bâtarde que j'exposai devant la Société de chirurgie lors de la discussion que

j'y soulevai sur la maladie kystique de la mamelle.

Je suis sur le point de faire un pas nouveau dans la voie de l'abstention: je vous disais que, dans le courant de ce mois, j'avais observé 4 maladies kystiques de la mamelle. Pour trois d'entre elles le diagnostic est absolument certain, le syndrome clinique se trouve au complet: la mamelle, dans toute son étendue, est farcie de kystes dont quelques-uns atteignent le volume d'une grosse noix; la bilatéralité est évidente; eh bien, quoique ces 3 femmes aient quarante, quarante-six et cinquante-deux ans, j'ai conseillé l'abstention provisoire; bien que l'intervention n'ait aucune gravité, cette mutilation n'est vraiment à proposer que si elle est indispensable, et à ce sujet, mon ancienne conviction est plus qu'ébranlée. Je garde donc mes malades sous les yeux, prêt à intervenir si l'affection — ce que je n'ai jamais vu encore — prenait une allure suspecte.

Chez une quatrième malade je suis intervenu: il s'agissait d'une femme de quarante-deux ans qui a été amenée dans notre service par un des élèves de la clinique. Ici, en effet, le diagnostic était loin d'être franc: la mamelle gauche était prise dans toute son étendue, mais les granulations périphériques étaient fort peu nombreuses, et ce que l'on sentait surtout, c'était un kyste central assez volumineux; en outre, la bilatéralité n'était pas évidente; il n'est pas toujours facile de plonger l'aiguille de Pravaz dans ces nodosités dont le volume atteint à peine celui d'un grain de chènevis. Plusieurs candidats au Bureau central, fort distingués, croyaient à un épithélioma de la mamelle. Dans le doute, je n'ai pas hésité, et, suivant en cela les désirs de la malade, j'ai amputé le sein. L'exa-

men macroscopique ne m'a pas éclairé : les kystes étaient peu nombreux; peut-être existait-il autour de quelques-uns une infiltration néoplasique de nature douteuse, un tissu moins sec, moins fibreux que celui qui d'ordinaire entoure la cavité : seul l'examen microscopique dissipera mes incertitudes.

Je voudrais résumer cette longue clinique : je crois avoir isolé le premier, sous le nom de maladie kystique de la mamelle, une affection caractérisée par l'existence d'une foule de cavités grandes ou petites. D'ordinaire, leur dureté est telle qu'on croirait à des tumeurs solides; aussi est-ce seulement par la ponction exploratrice qu'on décèle la présence du liquide. Ces kystes sont semés dans toute la mamelle, et l'affection est presque toujours bilatérale. Dans les cas authentiques de cette maladie, — qui est fréquente, puisque à moi seul j'ai observé plus de 30 faits de ce genre, — on trouve des lésions, toujours les mêmes, mais dont l'interprétation diffère selon les observations : pour les uns il s'agit d'épithéliomes kystiques intra-acineux, les autres croient plutôt à une variété de mastite chronique. La clinique nous semble leur donner raison : aussi l'intervention chirurgicale, que nous préconisons dans notre premier mémoire, nous paraît-elle de plus en plus contestable.

## II

**Mastites chroniques et cancers du sein.**

MESSIEURS,

Les mastites chroniques et les abcès froids qui les traduisent sont encore mal connus : nous ignorons leur étiologie, et c'est au cours de cette conférence que nous fournirons le premier cas, peut-être, où l'examen bactériologique du pus ait été pratiqué; leur anatomie pathologique est obscure et leurs signes sont si peu nets que dans *toutes* les observations que j'ai recueillies, la tumeur a été confondue avec un cancer, et l'amputation de la mamelle proposée par des chirurgiens de haute valeur. Aussi voudrais-je revenir sur cette question que j'ai traitée autrefois, et chercher avec vous si les faits nouveaux versent quelque lumière sur le sujet.

J'en écarte d'abord tous ceux de mastites tuberculeuses; les amas caséux provoqués par la colonisation du bacille de Koch, les collections puriformes qui succèdent à la liquéfaction des foyers ramollis ont une étiologie trop précise pour ne pas être rangés dans une classe à part, et c'est ainsi qu'en agissent tous les auteurs. Depuis la remarquable thèse publiée par M. Dubar en 1881, l'histoire de la tuberculose mammaire s'étaye sur des documents précis, et, dans son excellent article du

*Traité de chirurgie*, M. Pierre Delbet a pu nous en présenter un tableau tracé sur un relevé de 37 observations. Nous ne nous occuperons donc pas de cette forme d'abcès froids et je ne vous parlerai que des mastites chroniques où le pus, du pus véritable, s'est amassé dans l'épaisseur de la glande sans douleur appréciable, sans chaleur et sans rougeur des téguments. J'en ai recueilli, pour ma part, 5 observations des plus nettes, et si semblables les unes aux autres que, à elles seules, elles me paraissent suffire pour créer un type assez facilement reconnaissable; les voici :

Je fus consulté, en 1886, par une dame qui venait de dépasser la trentaine et dont le sein droit, six semaines après un sevrage, était devenu le siège d'une tumeur du volume d'une mandarine. Elle s'était accrue lentement, sans douleur, sans changement de couleur de la peau et la malade en avait, par hasard, constaté l'existence. A partir de ce moment, il est vrai, quelques souffrances sourdes et quelques élancements irradiés s'y faisaient sentir. Un de mes collègues des hôpitaux fut appelé et, sur les rapports de continuité du néoplasme avec la mamelle, sur sa dureté squirrheuse, sur ses adhérences à la peau — celle-ci pointillée et qu'on ne parvenait pas à plisser par le pincement, il avait conclu à un cancer et proposé l'amputation immédiate. La jeune femme, très pusillanime, ne put se résoudre à l'opération; elle laissa s'écouler des semaines, n'osa plus revoir son premier conseil et, sans rien me dire de la consultation et du diagnostic précédents, elle vint s'adresser à moi.

Je trouvai, dans le segment supérieur de la mamelle, une tumeur résistante, arrondie, régulière, mais recou-

verte cependant de petites granulations comme celles qui hérissent les lobules à l'état normal. Lors de mon premier examen j'hésitai à porter un diagnostic ferme, mais je craignais un cancer lorsque, au bout de quelques jours, apparut, au point culminant de la masse indurée, une petite plaque rouge, amincie, dépressible, comme tendue sur un orifice à l'emporte-pièce: le tissu mammaire, qui enkystait le pus, s'était pour ainsi dire laissé trépaner de la profondeur vers la superficie; à ce niveau, un coup de bistouri suffit pour donner issue à la collection purulente. Pendant longtemps persista, au-dessus et en dehors du mamelon, une petite fistule d'où s'écoulait de la sérosité grumeleuse; puis elle se tarit et, au bout d'un mois, la cicatrisation était complète; à peine restait-il, dans le tissu mammaire, un petit noyau scléreux qui a même fini par disparaître.

Deuxième fait: en janvier 1887, un de mes confrères m'amène une jeune femme de vingt-neuf ans, forte, vigoureuse, superbe, d'une santé exubérante. Elle porte, dans la région externe du sein droit, une tumeur qui fait corps avec la mamelle. Cette tumeur est régulièrement ovoïde, mais la surface en est recouverte d'aspérités qui rappellent les grains glandulaires distendus. Son volume est celui d'un œuf de poule; sa consistance est ligneuse. Les plus minutieuses recherches ne permettent de constater ni élasticité, ni rénitence, ni fluctuation, ni rien qui puisse faire supposer une collection liquide. Deux ou trois petits ganglions sont engorgés dans l'aisselle. La peau, de coloration normale, unie, sans pointillé; est mobile sur le néoplasme; le mamelon, bien conformé,

est saillant; il n'existe pas de douleur spontanée ou provoquée; à peine notre malade éprouve-t-elle une sensation de gêne depuis l'accroissement rapide que la tumeur a pris. Un de mes collègues des hôpitaux avait conclu à un cancer, et jour était pris pour l'opération.

Lorsque je fus consulté, j'ignorais ce diagnostic et j'étais fort perplexe: le jeune âge de la malade, l'absence d'adhérences à la peau malgré le volume de la tumeur, l'extrême régularité de son ovoïde qui ne poussait en aucun point de prolongements rameux, l'intégrité du mamelon m'inspiraient quelques doutes sur la malignité du néoplasme. Malgré sa dureté ligneuse, la consistance particulière qui devait permettre de conclure à une tumeur solide, je plongeai l'aiguille aspiratrice au milieu de la glande et, à ma grande joie, le corps de la seringue se remplit d'une matière que l'examen microscopique montra formée de leucocytes et de globules de lait. La nature de ce liquide confirmait l'histoire que nous racontait la patiente: accouchée il y a six ans, elle avait nourri un enfant dix-huit mois durant; et la mamelle droite était encore engorgée lorsque apparut et se développa le foyer froid et indolore pris par notre collègue pour un cancer. La ponction, l'évacuation du liquide et une injection d'éther iodoformé ont été, dans ce cas, notre traitement unique et efficace.

Cette observation a été déjà publiée dans notre premier mémoire, mais voici où commence l'inédit: trois ans plus tard, en 1890, c'est-à-dire neuf ans après le dernier accouchement, je suis consulté par la même jeune femme; la mamelle gauche, que j'avais soigneusement explorée lors de ma première intervention et que j'avais trouvée

normale, était maintenant le siège d'une tumeur arrondie, régulière, à surface granuleuse, dure, indolore, de tous points semblable à celle que j'avais ouverte trois ans auparavant. L'aspect était tellement identique que la malade avait elle-même porté le diagnostic de collection purulente; une ponction exploratrice le vérifia; aussi, le 23 juin, je fis, sous l'anesthésie cocaïnique, une large incision de la poche d'où s'écoula plus d'un verre à bordaux de pus. J'introduisis mon doigt dans la cavité dont les parois étaient lisses comme celles d'une bourse séreuse. En quelques jours, la guérison était assurée. J'ai revu mon opérée la semaine dernière, et ses mamelles ne présentaient rien d'anormal.

Autre fait: le 20 juin 1892, un de nos confrères m'amena sa femme, âgée de vingt-neuf ans, blonde, de parfaite santé, sans antécédents pathologiques personnels ou héréditaires. En août 1890, elle a eu un enfant qu'elle n'a pu nourrir plus de quinze jours: elle a dû s'arrêter faute de lait. Environ deux ans après, en avril 1892, elle éprouve, dans le sein gauche, quelques élancements douloureux qui reviennent deux ou trois fois dans la journée et le soir, en se déshabillant, elle remarque que la mamelle est pesante et sensible, dès qu'elle cesse d'être soutenue par le corset. Mais ce n'est que quinze jours après le début de ces petits accidents, que la malade constate l'existence d'une grosseur dont son mari confirme la réalité: elle est arrondie, régulière, sans bosselures, du volume d'une petite mandarine, immobile dans la mamelle, mais sans adhérences à la peau, qui est de coloration normale; la pression y provoque une souffrance assez vive. Le mamelon, rétracté, suit le mouvement que l'on

imprime à la tumeur. Il n'existe pas de ganglions engorgés dans l'aisselle.

Le mari, fort effrayé, décide sa femme à consulter un de nos savants collègues, professeur de clinique chirurgicale dans une Faculté voisine. Celui-ci conclut à un cancer; il conseille cependant l'usage de l'iodure, la compression pendant trois semaines; mais si, au bout de ce laps de temps, la tumeur n'a pas sensiblement diminué, l'amputation de la mamelle s'impose. Le traitement est suivi, et la grosseur est la même; notre confrère recule encore: « Je ne pouvais me décider, dit-il dans l'observation que je transcris, à admettre l'existence d'une tumeur maligne, surtout à cet âge, surtout chez ma femme. » Ils viennent à Paris; l'extrême régularité de la tumeur m'inspire quelque espoir; je plonge, comme je le fais toujours en pareil cas, l'aiguille aspiratrice au centre du foyer et, cette fois encore, je retire du pus. Un mois après, le 27 juillet, j'incise la collection sous la cocaïne; il s'écoule par l'orifice un liquide filant, d'un vert clair et qui rappelle la couleur d'une « absinthe » légère. Comme dans l'observation précédente, je constate que la paroi de la cavité est lisse. La guérison fut assez rapide, et maintenant, sept mois après mon intervention, le mari m'écrit que tout est pour le mieux.

Enfin, une cinquième observation personnelle: elle a trait à une malade de soixante et un ans qui est encore dans nos salles et qui m'a inspiré l'idée de vous parler aujourd'hui des mastites chroniques. Nous ne trouvons à signaler, dans son histoire, aucun antécédent pathologique douteux. Elle s'est mariée à trente-deux ans; elle a eu son premier enfant à trente-trois et son

dernier à trente-huit. Elle les a nourris tous les deux pendant huit mois et la lactation s'est faite sans encombre. La ménopause s'est effectuée à cinquante-cinq ans; à cinquante-six elle a eu une fluxion de poitrine, puis une phlébite variqueuse des membres inférieurs. Enfin, l'année passée, à soixante ans, elle contracta une influenza grave qui la tint couchée trois mois et qui l'a laissée fort affaiblie; depuis cette époque elle n'a jamais recouvré complètement la santé, et c'est au milieu des accidents de cette convalescence attardée, qu'elle a senti se développer peu à peu une tumeur dans le segment interne et supérieur de la mamelle droite. L'accroissement en fut des plus lents, sans à-coups; elle avait le volume d'un petit œuf lorsque la malade consulte un de nos confrères, qui crut à un cancer et conseilla l'amputation du sein.

A son entrée dans le service, nous constatons que la mamelle droite est plus volumineuse que la gauche; sa partie interne et supérieure est surélevée par une bosselure hémisphérique, d'une dureté ligneuse, régulière, mais hérissée de petites nodosités qui rappellent les grains glandulaires d'un sein normal; son volume est celui d'un gros œuf, et en aucun point on ne sent de tissu ramolli. Les téguments qui recouvrent la tumeur sont souples, mobiles et parcourus par quelques veinosités bleuâtres; cependant, lorsqu'on les plisse, ils se creusent de petites dépressions semblables à celles de la peau d'orange. Il n'y a pas de prolongements rameux et l'ovoïde du néoplasme est à peu près parfait, sauf en bas et en dehors où la masse présente une sorte de bosselure secondaire; le mamelon est à peine rétracté et il n'y a pas de ganglions dans l'aisselle. Les douleurs spontanées, qui ont peut-être