



Thèse

1891

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

De la tuberculose mammaire

Roux, Adrien-W.

How to cite

ROUX, Adrien-W. De la tuberculose mammaire. Doctoral Thesis, 1891. doi: 10.13097/archive-ouverte/unige:26805

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:26805>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:26805](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:26805)

UNIVERSITÉ DE GENÈVE

DE LA
TUBERCULOSE MAMMAIRE

PAR

ADRIEN-W. ROUX

Médecin diplômé de la Confédération Suisse.
Assistant interne à la Clinique chirurgicale de l'Hôpital cantonal
de Genève.

AVEC 3 PLANCHES

DISSERTATION INAUGURALE
PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine.

GENÈVE

IMPRIMERIE TAPONNIER ET STUDER, ROUTE DE CAROUGE

1891

A la mémoire de mon Père.

A ma Mère.

À mes vénéérés Maîtres

MESSIEURS LES PROFESSEURS

D^r J.-L. REVERDIN et D^r G. JULLIARD

Hommage respectueux de reconnaissance.

INTRODUCTION

La glande mammaire est un organe relativement peu atteint par la tuberculose, maladie si commune aujourd'hui dans presque toutes les parties de l'économie.

Virchow lui-même, dans son *Traité des inflammations*, place la glande mammaire parmi les organes indemnes de la peste moderne.

Cornil et Rauvier, dans la première édition de leur manuel d'histologie pathologique, ont pu dire : on ne connaît pas d'exemples de tubercules de la mamelle.

Tout le monde sait qu'il n'en est plus de même aujourd'hui.

Néanmoins, le sujet est encore relativement nouveau, ou paraît l'être au premier abord, car, à mesure que l'on parcourt la littérature, les illusions se perdent et l'on apprend que tout, pour ainsi dire, a déjà été publié; toutefois, les observations de tuberculose du sein étant peu abondantes, nous en profiterons pour ajouter à celles qui sont déjà connues trois nouveaux cas inédits, observations 32, 33 et 34.

Les deux premiers ont été observés à l'Hôpital cantonal de Genève, dans le service du professeur J. Reverdin (au moment où il remplaçait le professeur Julliard) auquel nous témoignons ici toute notre reconnaissance pour les nombreux et savants conseils qu'il n'a cessé de nous donner.

Le troisième cas est dû à l'obligeance du docteur Kummer ; nous saisissons cette occasion pour lui exprimer tous nos remerciements.

Toute notre gratitude à M. le professeur Zahn, à MM. les docteurs J. Comte et A. Mayor.

Aux docteurs E.-L. Goetz et A. Dupraz, camarades d'internat, nos meilleurs remerciements.

Ce travail sera divisé en deux parties.

La première comprendra : l'exposé aussi complet que possible de la tuberculose du sein ; elle sera subdivisée en sept chapitres, traitant l'historique, l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement de l'affection qui fait le sujet du présent travail.

Dans la deuxième et dernière partie seront mentionnées, d'abord les 31 observations que nous avons pu recueillir dans la littérature et, enfin, nous y ajouterons nos trois nouveaux cas inédits.

Genève, 31 Octobre 1890.

CHAPITRE I

Historique.

Il n'est pas nécessaire de remonter bien en arrière pour trouver les premiers cas de tuberculose du sein.

Sans aucun doute, cette affection a dû être observée sinon fréquemment, du moins encore bien quelquefois par les anciens opérateurs ; malheureusement, ces cas n'ont pas été publiés et, par conséquent, nous sont inconnus. L'incertitude de la nature de l'affection en est la cause principale ; en effet, nous voyons *Velpeau*, qui est, parmi les premiers ayant fait mention de la tuberculose du sein, dire, dans son *Traité des maladies du sein*, 1854 : que la mamelle, bien que rarement, peut être le siège *d'abcès froids*, que l'on peut considérer, soit à cause de leur marche, soit à cause des caractères offerts par le pus qui y est contenu, comme des abcès tuberculeux (observations 1 et 2).

Il est facile de voir, d'après ces quelques lignes, que la connaissance de la tuberculose mammaire en était à ses premiers débuts.

Un peu avant *Velpeau*, *Astley Cooper* décrit dans ses œuvres chirurgicales une tumeur scrofuleuse de la

mamelle, se présentant chez des femmes jeunes encore, atteintes d'engorgement des ganglions cervicaux. Ces tumeurs, qui ont une marche lente, se limitent ordinairement à une seule mamelle et sont indolentes.

Johannet (tumeur tuberculeuse du sein avec tuberculose pulmonaire, *Revue médico-chirurgicale de Malgaigne*, 1853. Obs. 3) raconte l'histoire d'une femme de 40 ans chez laquelle on a trouvé un noyau tuberculeux de la plèvre ayant perforé l'espace intercostal pour venir se répandre dans la mamelle.

Il y aurait encore quelques auteurs à ajouter à cette première liste avant d'arriver à des temps plus modernes ; malheureusement, leurs descriptions sont si brèves et si incomplètes que l'on peut les passer sous silence sans grand inconvénient.

Dans d'autres ouvrages encore de cette époque, la tuberculose du sein, n'étant pas même mentionnée, semble inconnue.

Nous arrivons à *Billroth* (*Die Krankheiten der weiblichen Brustdrüse: Handbuch der Frauenkrankh. Observations 4 et 5*), qui rapporte deux cas de tuberculose du sein absolument probants. Malheureusement, la confirmation histologique manque, l'examen microscopique n'ayant pas pu être fait.

Horteloup (tumeur du sein chez l'homme. Paris, 1872. Observation 6) cite un des 2 cas de tuberculose du sein connus chez l'homme.

Le malade était en même temps atteint de tuberculose pulmonaire et testiculaire.

Richet (tumeur tuberculeuse de la glande mam-

maire. Gaz. hôp. 1880) parle brièvement des inflammations tuberculeuses du sein.

En 1881 *Dubar* (Paris) publia une thèse importante ayant pour titre : Des tubercules de la mamelle; c'est, à notre connaissance, le travail le plus étendu et le plus complet qui ait paru sur ce sujet jusqu'à cette époque; il est fondé sur 2 cas observés à la Charité et à Saint-Louis. Un examen anatomo-pathologique et microscopique bien complet donne une grande valeur à ces deux observations (observations 7 et 8). C'est la première fois que le microscope a démontré la nature incontestablement tuberculeuse de l'affection de la mamelle. La présence de bacilles vint encore confirmer ce fait.

A ces deux cas viennent s'ajouter deux observations de *Duret* (tuberculose mammaire et adénite axillaire, Progrès médical, Paris, 1882, n° 9. Observations 9 et 10). Le microscope a également démontré la nature tuberculeuse de l'affection du sein.

Ohnacker (Die Tuberculose der weiblichen Brustdrüse. Langenbecks Archiv. f. klin. Chir. 1882) fait part de deux cas (observations 11 et 12) de tuberculose de la mamelle. Le premier, déjà nettement tuberculeux d'après l'examen macroscopique, a été examiné histologiquement; cet examen n'a fait que confirmer sa nature.

Pour le second cas de cet auteur, nous rencontrons pour la première fois « l'inoculation » comme moyen de s'assurer de la nature des produits morbides enlevés lors de l'opération. L'inoculation a été faite dans l'œil d'un lapin; six semaines après, on trouva des bacilles de Koch dans les poumons et

dans l'œil de l'animal. Ce moyen fournit des preuves excellentes.

En poursuivant notre historique, nous arrivons au second cas de tuberculose du sein chez l'homme qui ait été publié. Il appartient à *Poirier* (tumeur du sein chez l'homme; Paris 1883. Observation 13). Il est plus sûr et plus démonstratif que le premier cas analogue publié par Horteloup, cas que nous avons rapporté plus haut.

F. Verchère (Des portes d'entrée de la tuberculose. Thèse Paris 1884. Observation 14) parle d'un cas observé par Verneuil. On y trouva des bacilles; les canaux galactophores et les canalicules glandulaires ont servi de porte d'entrée aux organismes inférieurs qui remplissaient les acini.

Puis *Orthmann* (Ueber Tuberculose der weiblichen Brustdrüse mit besonderer Berücksichtigung der Riesenzellenbildung, Virchows Archiv. 1885, Bd 100) nous fait connaître deux autres cas (observations 15 et 16) bien complètes, surtout au point de vue microscopique, bien que dans le deuxième cas seulement on trouva des bacilles de tuberculose dans les cellules géantes.

Les ganglions caséifiés de l'aisselle en contiennent dans la première observation.

Habermaas (Beiträge zur Klin. Chirurg. von Bruns 1886, Vol. II. Observations 17 et 18) publie deux observations dont les caractères cliniques et anatomiques ne laissent aucun doute sur la nature tuberculeuse de l'affection.

L'examen microscopique vient encore confirmer le diagnostic.

Plus loin, nous trouvons, dans les bulletins de la Société anatomique de Paris (juin 1886), un article de *Souplet* intitulé : Tuberculose de la mamelle simulant un carcinome (observation 19). Bien que l'examen microscopique n'ait pas donné les résultats que l'on aurait pu attendre, la description anatomique macroscopique ne permet pas de se tromper sur la nature de ce cas.

Nous n'avons vu jusqu'ici, en rapportant les auteurs qui se sont occupés des questions qui font le sujet de notre thèse, que Dubar qui ait produit un travail un peu complet. Lui seul s'est donné la peine de rassembler les cas connus dans la littérature, de façon à en faire un tout. Les autres auteurs, dont nous venons de voir rapidement les noms, se sont contentés, ou de publier simplement les cas observés par eux, ou tout au plus de faire suivre leurs travaux de courtes réflexions.

Nous arrivons au second travail qui puisse être comparé à celui de Dubar ; il a été publié par *Piscacek* dans les *Medicinische Jahrbücher*, année 1887. Cet auteur est parvenu à trouver, parmi un très grand nombre de malades, 8 cas de tuberculose du sein. Deux malades seulement (observations 20 et 21) ont été opérées ; l'examen microscopique a fourni la preuve de la nature tuberculeuse de l'affection. Les caractères cliniques, dit-il, montrent, sans aucun doute, dans les 6 autres cas, que l'on avait affaire à de la vraie tuberculose du sein (observations 22, 23, 24, 25, 26, 27).

Nous trouvons encore, en parcourant la littérature, 3 derniers auteurs :

Hebb, dans la séance de la Path. Soc. of London du 21 mai 1889, rapporte le cas d'une femme de 39 ans, phtisique, mère de 8 enfants, atteinte également de tuberculose du sein ; cinq de ses enfants sont morts tuberculeux (observation 28).

Ensuite *Dubreuil* (Gaz. méd. de Paris; 1888, avril. Observation 29) raconte un cas de tuberculose confluente du sein gauche, prise avant l'opération pour un sarcôme ou un fibrome. Le sein enlevé, l'examen macroscopique et microscopique ont fait changer de diagnostic, étant démontrée la nature tuberculeuse de l'affection.

Une seconde observation, toute récente, du même auteur, publiée dans la Gaz. hebdom. des sc. méd. de Montpellier, du 12 juillet 1890 (observation 30), nous raconte le cas d'une tuberculose du sein gauche chez une jeune fille de 17 ans, traitée d'abord par l'incision, puis par le drainage; on dut recourir finalement à l'amputation du sein. Ce dernier, examiné microscopiquement, fut trouvé infiltré de tubercules.

Enfin, *Schattok* (Tubercular abscess of the Breast) expose dans la séance de la Path. Soc. of London, du 21 mai 1889, le cas d'une tuberculose du sein (observation 31) opérée par Mackellar. Encore une fois, l'observation microscopique a prouvé que l'on avait à faire à une tuberculose de la mamelle.

Viennent enfin les trois cas inédits observés par nous tout récemment; ils font le sujet des observations 32, 33 et 34.

CHAPITRE II

Etiologie.

La tuberculose, comme nous l'avons déjà dit, se localise rarement sur la glande mammaire; cet organe, en effet, habituellement peu irrigué par le sang, est, de ce fait, peu exposé à l'infection.

Il serait superflu d'insister sur les causes de la tuberculose générale; tâchons seulement de rechercher l'étiologie de cette diathèse dans ses localisations sur le sein.

Ce sont naturellement les femmes qui sont atteintes le plus souvent; leurs glandes mammaires étant appelées à jouer un grand rôle dans leur vie sont, de ce fait, beaucoup plus exposées que celles de l'homme, qui n'existent même pas, ou à l'état rudimentaire seulement. Aussi, la pathologie du sein chez l'homme est-elle fort restreinte. Deux cas seulement de tuberculose de la mamelle ont été signalés chez lui (cas d'Horteloup, observation 6, et de Poirier, observation 13).

Les 32 autres cas concernent des femmes.

En cherchant lequel des deux seins est pris le plus souvent, nous trouvons que, sur 34 cas, le sein droit a été malade 18 fois, le sein gauche 13 fois; 3 fois

on ignore lequel des deux seins a été malade (observations 4, 10 et 14).

C'est pendant les années d'activité génitale de la femme, c'est-à-dire depuis la puberté jusqu'à la ménopause, que l'on trouve le plus grand nombre de tuberculoses du sein.

En faisant la moyenne de l'âge des malades, dont les observations sont à la fin de cette thèse, nous trouvons pour 32 cas, où l'âge est indiqué, 31,⁴⁰⁶ ans. Dubar parle de 20 à 26 ans (Thèse Paris, 1881, p. 67). Dans un cas (observation 4) où l'âge n'est pas mentionné, on nous dit seulement que c'était une jeune fille. Dans un second cas, il n'est pas connu du tout (observation 14). La plus jeune des malades avait 16 ans, nous en avons deux cas (observations 27 et 33), la plus âgée 52 ans (observation 21). C'est un des rares cas où la malade dise avoir reçu un coup sur le sein ayant amené une congestion de cet organe et fourni ainsi un terrain favorable au développement des germes infectieux; elle avait eu de plus six grossesses et allaité tous ses enfants.

Le traumatisme, avons-nous dit, est invoqué rarement comme cause occasionnelle de la tuberculose du sein. Nous ne trouvons qu'une malade de Velpeau (observation 1) et deux autres de Piscacek (observations 21 et 22) qui disent avoir reçu un coup sur le sein ou dans l'aisselle, quelque temps avant le début de leur maladie.

Dans tous les autres cas la cause reste inconnue, le mal serait venu spontanément, sans cause apparente. Un facteur plus important réside dans les an-

técédents des malades, antécédents personnels ou héréditaires.

24 fois nous trouvons des antécédents scrofuleux ou tuberculeux ; 2 fois ils ne sont pas mentionnés ; 8 fois point d'antécédents.

Donc, la plupart du temps, les malades sont prédisposés à la tuberculose ou même leur économie est atteinte déjà par la maladie générale ; arrive une cause déterminante, comme un coup, un travail forcé de la glande mammaire, circonstance qui rendra cette dernière particulièrement apte à recevoir les germes de la maladie, nous verrons alors s'y développer l'affection qui nous occupe.

Nous avons donc, comme pour toutes les maladies, d'une part des causes prédisposantes, de l'autre des causes déterminantes.

La prédisposition consistant en antécédents scrofuleux ou tuberculeux existe souvent (24 fois sur 34).

Le traumatisme, comme cause déterminante, a peu d'importance, vu sa rareté (3 fois sur 34 cas). Il existe cependant, quoique n'ayant le plus souvent qu'un rapport très éloigné avec le début de l'affection.

La puberté, amenant une congestion des seins, fournira encore un terrain favorable à l'établissement de la tuberculose.

Les menstruations, une fois bien établies, ne paraissent pas avoir une forte influence ; les glandes mammaires sont, à l'état normal, peu influencées pendant la période menstruelle. Une malade atteinte de tuberculose du sein n'accusera, le plus souvent

pendant ses époques, que des picotements, qu'une légère augmentation de douleurs. Ces phénomènes dureront ce que durent les règles ; ces dernières dépendront de l'état général et seront supprimées, par exemple, si la malade est déjà cachectique.

La grossesse et la lactation, l'état puerpéral, en un mot, sont d'une grande importance pour l'étiologie et la marche de la tuberculose du sein. Revenons aux chiffres.

Nous trouvons dans les 34 cas rapportés : 17 malades ayant eu de 1 à 8 enfants. 7 fois les observations ne mentionnent rien à ce sujet ; 8 fois il n'y en a pas eu et 2 cas se rapportent à des hommes.

Nous voyons donc, d'après cela, que le plus grand nombre des malades ont été mères, et même mères de beaucoup d'enfants (2 fois de 8, 2 fois de 7, etc.)

De plus, il est fort probable que, parmi les 7 cas où nous ignorons s'il y a eu des grossesses, il se trouve bien quelques malades qui avaient accouché.

Ce fait, qui n'est que probable, parlerait encore plus pour la proposition que nous avançons, c'est-à-dire pour l'influence exercée par la puerpéralité sur l'affection du sein que nous étudions.

Dubar, dans sa thèse (page 68), en parlant de la grossesse, n'est pas de cet avis et dit que la grossesse et la lactation n'ont aucune espèce d'influence sur le développement des tubercules, que c'est toujours en dehors de ces deux états, chez les femmes n'ayant pas eu d'enfants ou bien les ayant sevré depuis longtemps, que la maladie s'est montrée.

Reste à examiner l'influence de l'allaitement ; quoi-

que moins forte que celle de la grossesse, elle est cependant digne de considération.

Piscacek dit que la lactation présente un des terrains les plus favorables pour l'envahissement de la tuberculose ; en effet, dans nos observations, nous trouvons 11 femmes qui ont allaité leurs enfants. Dans 11 cas, nous ne savons si l'allaitement a eu lieu ou s'il n'a pas eu lieu, 12 fois, suivant les renseignements obtenus, il n'y a pas eu d'allaitement et, dans ce nombre, rentrent les deux cas de tuberculose du sein observés chez l'homme ; restent donc 10 femmes n'ayant pas allaité.

De même que pour la grossesse, il est fort probable que, dans les 11 cas où l'allaitement n'est pas désigné, nous trouverions sûrement quelques femmes ayant nourri. Ces cas viendraient donc augmenter le nombre des femmes ayant allaité, nous montrer encore davantage que la lactation, de même que l'accouchement, sont des conditions importantes dans l'étiologie de la tuberculose du sein. Les chiffres le prouvent. Nous avons, en effet, dans plus de la moitié de nos cas, des femmes qui ont nourri plus ou moins longtemps.

Mentionnons en passant, dans ce chapitre, la question de l'infection tuberculeuse par le lait, comme l'observation de Hebb (n° 28) paraît nous en donner l'exemple en nous montrant une mère tuberculeuse perdre de tuberculose cinq enfants sur huit.

La tuberculose du pis de la vache, bien décrite par Kollessnikow (dans les archives de Virchow, 1877, p. 531), a été encore depuis bien étudiée, et l'on est

sûr maintenant que trop souvent un enfant est infecté par le lait qu'il boit.

Rien d'étonnant qu'il en soit de même pour la femme et qu'une mère atteinte de tuberculose ne fasse téter à son enfant un lait empoisonné.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

Avant de décrire les lésions qu'un organe est susceptible de présenter, on expose ordinairement la structure normale de cet organe. Ici nous ne suivrons pas cette habitude.

L'anatomie du sein, ainsi que son histologie, sont trop connues pour que nous nous donnions la peine de les décrire ; nous passerons outre et nous aborderons directement le sujet de ce chapitre.

Dubar n'admet dans sa thèse que deux formes de tuberculose du sein : 1° *les tubercules disséminés*, 2° *les tubercules confluents*.

Nous ajouterons à cette division un troisième chapitre traitant des *abcès froids intramammaires*.

Les abcès froids du voisinage de la glande, siégeant soit au-dessus, soit au-devant d'elle, seront laissés de côté, ne faisant pas partie du sujet.

Nous aurons donc à examiner :

- 1° *les Abcès froids*,
- 2° *les Tubercules disséminés*,
- 3° *les Tubercules confluents*.

Nous n'hésiterons pas à considérer comme abcès froids les deux cas que nous trouvons dans Velpeau et qui font le sujet de nos deux premières observations.

Les abcès froids sont rares et n'ont pas été observés avant la puberté, on en a vu chez des malades mariées et chez des femmes non mariées, scrofuleuses ou tuberculeuses ; leur cause est pour la plupart inconnue.

Ils peuvent être plus ou moins enkystés, et leur forme peut se confondre avec les tumeurs, si bien que l'on a amputé par mégarde des seins, croyant avoir affaire à une tumeur maligne, tandis que c'était simplement un abcès froid.

Cette forme d'abcès se développe principalement après un accouchement ou une fausse couche ; ils ont une marche lente, durent plusieurs mois, amènent une rétraction du mamelon et un peu d'œdème des parties voisines. Ils ont une coque de tissu conjonctif souvent assez épaisse, mais moins épaisse que dans les tubercules confluents, comme nous le verrons encore plus loin. Leur coque se distingue encore des tubercules confluents par l'absence de tubercules disséminés dans leur paroi. Cette coque est simplement le résultat d'une inflammation réactive, ayant limité le foyer purulent et s'opposant à l'envahissement du reste de la glande.

On ne trouve pas non plus de tubercules disséminés autour de ces abcès.

La coque de tissu conjonctif est tapissée par la fausse membrane fongueuse, de couleur rouge violacée, caractéristique pour les abcès froids.

Leur contenu est un liquide puriforme dans lequel nagent des grumeaux caséeux.

En un mot, ils sont identiques aux abcès froids observés dans les autres parties de l'économie. Leur siège intraglandulaire en fait leur principale importance et les distingue nettement soit des abcès superficiels du sein, soit des abcès rétro-mammaires. N'étant pas étudiés microscopiquement, on ne peut rien affirmer sur ce sujet. Il est cependant probable que l'examen microscopique décèlerait la présence de tubercules et de bacilles, principalement dans la fausse-membrane tapissant la cavité, comme cela se passe pour les abcès froids d'autres régions.

Le second paragraphe, comprenant les *tubercules disséminés*, a été parfaitement traité par Dubar, auquel nous nous permettons d'emprunter leur description.

Dans ce cas, la mamelle n'est pas augmentée de volume, ou seulement dans de très faibles proportions ; on ne rencontre au niveau du sein aucune trace d'orifices fistuleux. En pratiquant des coupes dans différentes directions, on trouve, en nombre variable, dans le tissu glandulaire, des noyaux parfaitement distincts, isolés les uns des autres par une couche plus ou moins épaisse de tissu sain. Leur volume atteint parfois la grosseur d'une amande, d'autres fois il ne dépasse pas celui d'un grain de mil. Leur coloration est tantôt jaunâtre, tantôt grisâtre. Le centre jaunâtre d'un certain nombre d'entre eux est entouré d'une zone gris bleuâtre d'apparence translucide. Le tissu de la mamelle qui les entoure a gardé sa consistance et sa coloration normales.

Tout au plus ce tissu a-t-il un peu plus de consistance, de fermeté dans une petite étendue autour des noyaux.

Lorsqu'on saisit les noyaux entre les doigts, on s'assure qu'ils ont une consistance ferme, une certaine résistance, toutefois on arrive sans difficulté à les écraser, ils sont friables. Quelques-uns peuvent être légèrement ramollis à leur centre, mais, en général, on n'y rencontre pas cette bouillie fluide que nous verrons accolée aux parois des cavités de la troisième variété.

En résumé : dépôts de matières tuberculeuses subissant lentement la dégénérescence caséeuse dans le parenchyme mammaire ; mal tolérées par le tissu glandulaire qui est faiblement irrité et qui devient fibreux ; ces dépôts de matières tuberculeuses sont entourés d'une sorte de barrière qui s'oppose à leur propagation.

En troisième et dernier lieu, nous avons les *tubercules confluents*.

Dans cette forme, le sein est ordinairement augmenté de volume, le gonflement n'est pas réparti également sur tous les points ; c'est, en général, le quart supéro-externe de la glande qui est le siège de la tumeur. A ce niveau se voient un ou plusieurs orifices fistuleux présentant tous les caractères de la fistule tuberculeuse. La peau qui les entoure est amincie, luisante, de coloration violacée. Ces fistules suintent un liquide séro-purulent. Le mamelon est rétracté, enfoncé, souvent entouré de fistules.

Lorsqu'on saisit la glande en masse, on sent une induration de la grosseur d'un œuf de poule, en gé-

néral mobile avec la glande et présentant à sa surface de légères saillies et dépressions, des sortes de bosselures. Dans les parties moins tuméfiées, on peut reconnaître la présence de quelques petits noyaux peu mobiles. Le contenu de ces cavités est un pus séreux mêlé à de gros grumeaux caséeux.

Sur des coupes, la tumeur la plus volumineuse est occupée à son centre (voir la planche 2) par des cavités irrégulières, arrondies ou aplaties, à prolongements diverticulaires multiples. Quelques-unes de ces cavités adjacentes pourraient être regardées au premier abord comme indépendantes, mais un examen attentif démontre qu'elles sont unies les unes aux autres par de fins trajets sinueux.

La paroi des cavités et de ces trajets n'est pas lisse, elle est anfractueuse, présente comme des petites dépressions en godets, limitées par des saillies, par des travées du parenchyme, qui, dans quelques endroits, lui donnent une apparence aréolaire. Les cavités centrales communiquent avec l'extérieur par un ou plusieurs trajets fistuleux.

Sur la face interne des cavités et des conduits fistuleux, on rencontre une espèce de membrane molle, tomenteuse, d'aspect grisâtre ou gris jaunâtre sur quelques points, des franges ou villosités grisâtres extrêmement fines se dirigent vers le centre de la cavité et retiennent accolée à la paroi une sorte de bouillie constituée par des grumeaux jaunâtres. Cette membrane a une épaisseur variable suivant les points et se laisse détacher assez facilement avec la curette ; c'est la membrane tuberculeuse.

En dehors d'elle, le tissu de la mamelle est induré dans une notable étendue, il arrive à constituer une coque qui peut atteindre 3 cent. d'épaisseur ; cette dernière a une couleur blanchâtre, un aspect fibreux. En l'examinant à l'œil nu, on aperçoit des groupes de petits nodules, gros chacun comme une tête d'épingle, faisant peu de saillie à la surface, mais ayant une coloration grise et une demi-transparence très nette ; quelques-uns sont opaques à leur centre. Ces petits groupes nodulaires, qui ne sont autre chose que des tubercules, sont assez nombreux dans les parois de la cavité centrale, mais on en rencontre encore un grand nombre au-delà des tissus indurés, dans les parties de la glande en apparence saine ; ils sont quelquefois sous forme d'îlots ; le tissu mammaire qui les entoure est plus dur et plus rouge qu'ailleurs. L'épaisseur de la coque fibreuse entourant ces cavités anfractueuses est caractéristique pour cette forme confluente de la tuberculose du sein et la distingue des abcès froids intraglandulaires décrits plus haut.

En outre, la présence de tubercules disséminés dans l'épaisseur des parois de cette coque constitue également un bon signe pour différencier les tubercules confluents des abcès froids.

Il en est de même de la présence de tubercules disséminés dans les parties de la glande avoisinant la tumeur et paraissant au premier abord saines.

Nous avons donc, en résumé, pour les tubercules confluents : une cavité assez large, irrégulière ; creusée dans le parenchyme de la glande ; entourée par une coque épaisse, bosselée, dure, présentant sur

sa coupe des tubercules ; à surface interne, molle, grisâtre, tomenteuse et à contenu séro-grumeleux.

Telles sont les trois formes de tuberculose du sein : 1° Abscess froids ; 2° Tubercules disséminés ; 3° Tubercules confluents.

Les ganglions lymphatiques correspondant à l'organe malade sont également malades la plupart du temps.

Nous trouvons, en effet, que l'on a constaté la présence de ganglions axillaires dans 22 cas sur 34 observations. Il est naturel que cela soit ainsi pour une partie aussi riche en lymphatiques que le sein. Que ce soit un sein atteint d'abcès froid, de tubercules disséminés ou de tubercules confluents, nous avons presque toujours une adénite de l'aisselle du même côté et de même nature que la lésion primitive.

Les ganglions malades sont plus ou moins nombreux, plus ou moins gros, suivant les cas ; ils forment quelquefois de gros paquets entourés d'une forte périadénite, si bien que les ligatures de la veine et artère axillaire s'imposent quand on veut les extirper tous (observation 34).

Le plus souvent ils sont suppurés, fistuleux, suintant un pus séro-grumeleux, de même que les fistules du sein malade. C'est dans le cas d'abcès froid de la glande mammaire que leur lésion est la moins avancée (obs. 1 et 2) ; on ne trouve alors souvent qu'une adénite simple, non suppurée ; il arrive même (6 fois sur 34) qu'on ne constate pas la présence de ganglions hypertrophiés dans l'aisselle. Enfin, 6 fois on ne nous dit pas s'il y a eu des ganglions axillaires, ou s'il n'y en a pas eu. On voit souvent

les ganglions malades avant la lésion du sein ; nous nous occuperons plus loin de l'explication de ce phénomène.

Une femme malade de tuberculose mammaire est souvent aussi atteinte par la même maladie dans d'autres parties de son économie, comme nous l'avons déjà vu en parlant de l'étiologie ; c'est ainsi que nous trouvons le plus souvent les poumons pris. On peut même dire qu'il est rare que les glandes mammaires restent seules atteintes de tuberculose.

Passons à l'*examen microscopique* ; nous suivrons la même division établie dans la description macroscopique, c'est-à-dire que nous verrons les abcès froids d'abord, puis les tubercules disséminés et, en troisième lieu, les tubercules confluents.

Cet examen sera de courte durée, des circonstances malheureuses nous ayant empêché d'examiner en entier les produits enlevés aux trois malades, dont les observations inédites sont à la fin de cette thèse.

Nous nous contenterons donc de rassembler et d'exposer brièvement ce qui a été dit par les auteurs.

Les *abcès froids* présentent à étudier un contenu et une cavité formée par une paroi.

Le contenu est du pus identique à celui de tous les abcès tuberculeux, plus ou moins séreux, contenant en suspension de véritables grumeaux. Du sang sans caillots est mêlé au pus en plus ou moins grande quantité et donne alors au contenu une couleur café au lait.

La cavité est simple ou multiloculaire : simple, elle est arrondie ou ovale, c'est le cas le plus fréquent.

Des diaphragmes aponévrotiques ou cellulux peuvent la rendre multiloculaire ; les espaces communiquent entre eux par des orifices plus ou moins rétrécis.

Leur examen microscopique n'ayant pas encore été fait, faute d'observation, on peut supposer seulement, en les rapprochant des abcès froids des autres régions, que leurs parois sont fournies de jeunes cellules embryonnaires disposées sans ordre ou groupées autour d'une cellule géante. On trouverait de loin en loin, dans ces amas de cellules, des foyers hémorragiques des capillaires embryonnaires et des amas caséux ; la prolifération cellulaire serait surtout active du côté de la face externe de la paroi ; du côté interne, au contraire, les éléments sembleraient en voie de dégénérescence et seraient prêts à tomber dans l'intérieur de l'abcès. Dans l'épaisseur de la membrane, on remarquerait des cavités irrégulières en voie de formation, véritables cavernes, et des follicules ouverts dans la poche de l'abcès. Nous avons déjà signalé en certains points de la paroi des agglomérations d'éléments embryonnaires ; ces masses se présenteraient sous deux formes : tantôt existeraient des cellules géantes et, autour d'elles, on verrait un groupe de grandes cellules épithélioïdes, puis, enfin, une quantité variable de cellules embryonnaires, ou bien il n'y aurait pas de cellule géante centrale, l'agglomération serait uniquement formée par des cellules embryonnaires.

Follicules et nodules ayant une évolution semblable, les cellules centrales deviendraient granuleuses, puis subiraient la caséification ; les cellules périphé-

riques, persistant seules pendant un certain temps, la destruction les envahirait aussi à leur tour ; alors, comme nous avons vu que la vitalité des cellules était beaucoup plus grande à la face externe qu'à la face interne de la paroi, cette dernière serait détruite, d'où ouverture des follicules dans la cavité. Si cette destruction n'a pas eu lieu, la coupe présentera une cavité pleine de matière caséuse et de grandeur très variable, suivant que deux ou plusieurs foyers se seront réunis. En dehors de la fausse membrane que nous venons de voir, se trouvera une coque de tissu conjonctif peu épaisse, produit de l'inflammation réactive empêchant le pus de s'étendre. En dehors de cette coque se trouveraient les éléments glandulaires du sein, plus ou moins refoulés et comprimés dans son voisinage immédiat, plus loin ils redeviendraient normaux.

Le *tubercule disséminé* de la glande mammaire est le même que le tubercule disséminé qui se rencontre dans d'autres organes, ou bien la granulation est isolée et ne présente à l'examen qu'une accumulation de cellules embryonnaires avec une ou deux cellules géantes. Cet amas de cellules est entouré d'une zone de prolifération dans laquelle il existe des vaisseaux qui souvent même sont dilatés ; les granulations elles-mêmes sont anémiques, semi-transparentes ou opaques.

Voilà comment se présente le tubercule disséminé dans sa plus grande simplicité.

Il arrive que plusieurs de ces tubercules simples se trouvent les uns à côté des autres, ou même sont fusionnés ensemble, nous avons alors le noyau tu-

berculeux disséminé, pouvant atteindre le volume d'une amande. Les granulations sont alors réunies dans une même gangue de tissu embryonnaire. Chacune des granulations présente à son centre une atrophie cellulaire analogue à celle des nodules gommeux; mais, dans chaque granulation tuberculeuse, les vaisseaux sont oblitérés de bonne heure, et les vaisseaux du tissu embryonnaire voisin s'oblitérent aussi consécutivement. Il en résulte que les granulations, n'étant plus séparées les unes des autres par un tissu vascularisé, se confondent et forment une masse anémique dans laquelle il est impossible de les reconnaître à l'œil nu. Bientôt, toute la masse devient uniformément opaque et elle se ramollit. La dégénérescence caséuse s'est faite.

C'est ce qui arrive pour les granulations tuberculeuses anciennes; on l'attribue à l'oblitération des vaisseaux. Tout autour de ce nodule tuberculeux existe également une zone d'hypérémie; les masses tuberculeuses agissent sur les parties voisines restées vivantes, comme le ferait un corps étranger. Une inflammation réactive en est la conséquence, la masse tuberculeuse reste enclose dans le parenchyme sain, elle se dessèche et subit la transformation calcaire; cette seconde dégénérescence est très rare. La plupart du temps, ces noyaux caséux restent tels quels pendant un temps indéterminé. Ils se réunissent plusieurs ensemble et constituent alors la troisième forme de tuberculose du sein, la *forme confluente*, qui est la plus importante. On peut distinguer dans cette forme plusieurs lésions, suivant la partie de l'organe qui en est atteinte. Nous avons les lésions du tissu in-

terlobaire et interlobulaire, celles du tissu lobulaire et enfin celle des vaisseaux et des nerfs.

Pour le tissu interlobaire et interlobulaire, nous trouvons des granulations tuberculeuses formées par un amas de cellules embryonnaires arrondies, auxquelles sont mêlées quelquefois des cellules épithélioïdes munies de noyaux et plus volumineuses que les cellules embryonnaires ; elles se voient au centre des granulations. Ces granulations ainsi constituées siègent soit en plein tissu conjonctif, soit dans le voisinage immédiat des capillaires ou des canaux galactophores.

L'âge de ces granulations semble être d'autant plus jeune qu'on s'éloigne davantage des trajets fistuleux. En effet, une granulation se trouvant loin de ces trajets, se présentera sous forme d'un amas garni de cellules embryonnaires avec ou sans cellules épithélioïdes, mais sans aucune dégénérescence caséuse ou autre ; tandis que, dans le voisinage des trajets fistuleux, les granulations tuberculeuses seront dégénérées dans leur centre principalement et offriront l'image de la dégénérescence caséuse, s'étendant du centre à la périphérie de la granulation.

L'infiltration cellulaire que l'on observe dans le tissu interlobulaire ou lobulaire ne se présente pas toujours sous forme de granulations sphériques ; on peut voir également des traînées irrégulières, s'étendant le long des vaisseaux, par exemple, de cellules embryonnaires identiques à celles qui constituent les granulations. Ces traînées subissent les mêmes métamorphoses, suivant qu'on les observe loin des trajets fistuleux, ou dans leur voisinage, c'est naturel ;

on trouve même, tout à fait en dehors des parties fistuleuses, des portions de tissu interlobulaire tout à fait saines. La réaction produite sur le tissu conjonctif par l'envahissement plus ou moins grand des granulations ou de l'infiltration cellulaire diffuse, suivra la même marche. Aussi, là où il y a peu de mal, le tissu conjonctif réagira peu ; tout au plus y aura-t-il une très légère prolifération autour des foyers malades. Près des trajets fistuleux, il n'en sera plus de même ; la nature lutte énergiquement contre l'envahissement de l'hôte dangereux, se trouvant en grand nombre dans ces parages. Une forte réaction s'établit sous forme d'une vigoureuse prolifération conjonctive, mettant une barrière à l'envahissement des tubercules ; ainsi s'explique l'épaisseur de la coque entourant soit le foyer de tuberculose confluyente, soit les trajets qui font communiquer ces foyers avec l'extérieur.

Viennent ensuite les lésions que l'on observe dans la glande elle-même, ou *lésions lobulaires*.

Suivons pour cela les idées de Dubar, qui sont les mêmes que celles que Orthmann émettait quatre ans plus tard.

De même que pour les lésions du tissu interlobulaire et lobulaire, commençons par observer ce qui se passe loin des trajets fistuleux, là où le tissu conjonctif est peu atteint.

On distingue facilement dans cet endroit la coupe des lobules ; au centre on voit la section de plusieurs acini avec leurs cellules cubiques très nettement disposées, plus en dehors la membrane limitante hyaline, puis les fibres conjonctives concentriques. Dans

cette zone déjà, on trouve une infiltration de cellules embryonnaires, s'arrêtant en dedans, à la membrane hyaline, en dehors aux fibres concentriques. Les cellules cubiques des acini sont encore intactes, ou à peu près. Plus on s'avance vers les trajets fistuleux, c'est-à-dire plus on arrive dans les endroits où les lésions sont plus avancées, plus on trouve alors les cellules embryonnaires en grand nombre ; l'élément glandulaire en est entouré de toutes parts, si bien que la membrane limitante n'est plus assez forte pour résister, les éléments embryonnaires font irruption dans les acini, sur une étendue variable ; le quart, la moitié ou même le total de la circonférence de l'acinus peut être détruit. Ce qui se passe pour les acini se passe également pour les conduits glandulaires. L'infiltration cellulaire comprime plus ou moins ces canaux, dont le calibre diminue à l'endroit de la compression. Cette dernière peut être si forte que le canal est coupé en deux ; sa continuité est détruite. Il est à noter que, de même que dans toutes les inflammations, l'élément glandulaire, sous l'influence de la prolifération embryonnaire du voisinage, s'est également beaucoup développé à son tour, le diamètre des acini est doublé.

Si nous nous rapprochons maintenant des trajets fistuleux, nous voyons, sur des coupes faites dans leur voisinage, des espaces de forme arrondie, remplis de granulations grisâtres, jaunâtres. Sur ce fond granuleux se détachent des éléments peu volumineux, arrondis, ovales, triangulaires, rouges et orangés.

Ce fond granuleux est constitué par des éléments embryonnaires et épithéliaux ayant subi plus ou moins la dégénérescence caséuse ; les gros éléments rouges sont des portions plus ou moins grandes des culs-de-sac ou conduits glandulaires ayant été morcelés ; ils sont constitués par des cellules épithéliales glandulaires un peu modifiées ; la membrane limitante, sur laquelle elles reposent à l'état normal, se retrouve plus ou moins bien conservée. Des cellules géantes se voient en grand nombre, elles ont une forme variable, circulaire ou allongée et présentent quelquefois des prolongements. Elles sont formées par un protoplasma granuleux ; de nombreux noyaux se trouvent à la périphérie, leur circonférence est tantôt marquée par une simple ligne noirâtre, tantôt par un espace hyalin identique à la membrane limitante des acini. Dubar a vu dans quelques-unes de ces cellules géantes, en dedans de la couronne des noyaux, quelques cellules épithéliales parfaitement reconnaissables.

Ouvrons ici une petite parenthèse pour examiner de plus près l'origine des cellules géantes. Dubar dit, et nous sommes de son avis, que les grands éléments cellulaires à noyaux, soit *cellules géantes*, ne sont que des pseudo-cellules formées aux dépens des acini de la glande ; la trouvaille, dans leur intérieur, de restes de cellules épithéliales vient encore confirmer ce fait.

Siège des cellules géantes au centre du lobule dégénéré, — conservation plus ou moins complète de la membrane hyaline, — présence de cellules épithéliales au milieu du protoplasma, — telles sont les

3

conditions qui lui font tirer les conclusions suivantes :

1° Les cellules géantes ne sont pas, dans la glande mammaire tuberculeuse, des éléments de nouvelle formation; 2° les cellules géantes peuvent être soit des parois d'acini dégénérés, soit des sections de culs-de-sacs glandulaires ou de conduits primitifs dont la lumière est remplie de cellules embryonnaires dégénérées; 3° la cellule géante n'a rien de spécifique.

Orthmann s'associe en tous points au dire du Dubar. Ohnacker n'est pas de cet avis et conteste la transformation directe des acini et des canalicules en cellules géantes.

Fermons cette parenthèse et, pour achever ce paragraphe, examinons des coupes prises tout près des trajets fistuleux. On trouve à ce niveau des départements glandulaires tout à fait gris jaunâtres, caséeux, au centre desquels on peut encore apercevoir des cellules géantes peu nettes, à noyaux indistincts.

Dans ces endroits, les lésions sont trop avancées, la dégénérescence a atteint son maximum, l'organe est détruit dans toutes ses parties constituantes, il va se morceler encore, se détacher peu à peu de la membrane tomenteuse, se mêler au sérum et sortir avec lui par les trajets fistuleux.

Vient enfin, pour terminer l'histologie de la tuberculose confluyente, l'examen des vaisseaux et des nerfs.

Ce qui distingue les gommes syphilitiques des tubercules, selon Cornil et Rauvier, c'est que les affec-

tions syphilitiques présentent, jusqu'à une période très avancée, des vaisseaux parfaitement perméables, tandis que, dans les affections tuberculeuses, ils sont rapidement oblitérés. En effet, loin des trajets fistuleux, c'est-à-dire dans les endroits où le mal en est à ses premiers débuts, on rencontre encore une irrigation sanguine assez complète. Quand l'âge des lésions est plus avancé, il n'en est plus ainsi, les capillaires se font très rares. La dégénérescence caséeuse qui, du reste, s'explique par ce fait, est le résultat d'une tuméfaction trouble à laquelle manque du liquide, nous voulons dire du sang.

Ces deux phénomènes sont la conséquence l'un de l'autre.

Pour les artères et les veines de plus fort calibre, Dubar insiste spécialement sur les lésions que présente la tunique interne, des artères principalement. Ce sont les vaisseaux de moyen calibre qui les montrent au maximum. Elles sont caractérisées par une prolifération anormale de la couche endothéliale; cette endartérite végétante existe dans la plupart des vaisseaux de la mamelle. Cette surface rugueuse retient au passage les globules blancs, c'est le premier phénomène de leur oblitération.

Quant aux lymphatiques, tout le monde sait qu'ils sont très développés dans le sein; les fentes lymphatiques, ainsi que les vaisseaux qui leur font suite, doivent être rapidement influencés par l'infiltration cellulaire qui caractérise l'envahissement du sein par la tuberculose. Ce fait sert à Dubar pour expliquer l'engorgement précoce des ganglions de l'aisselle correspondant à la lésion de la mamelle.

Nous verrons plus loin que les malades se plaignent quelquefois de douleurs assez vives. Dubar cherche à expliquer ce phénomène par des bosselures du névrilème, auxquelles correspondent de petits noyaux de cellules embryonnaires situés au milieu des tubes nerveux ; les tubes nerveux pressés par ces amas embryonnaires seraient la cause de ces douleurs.

Les autres auteurs n'ont pu confirmer ce fait, et nous-même pensons également que cette observation a besoin de nouvelles recherches.

On a l'habitude, quand il s'agit d'une affection tuberculeuse, de rechercher les *bacilles* de Koch ; l'habitude, en effet, est bonne, mais, comme le disent les anatomo-pathologistes : trouver le bacille n'est pas une condition indispensable pour caractériser une affection tuberculeuse ; on peut faire le diagnostic microscopique d'une façon assez certaine, grâce aux autres caractères, sans remplir forcément cette condition. Néanmoins, c'est toujours une confirmation de plus, et mieux vaut trouver le bacille, comme cela a eu lieu dans beaucoup de nos observations, 12 fois sur 34 cas, plutôt que de ne pas le trouver.

Dans les 22 autres observations, ou bien on ne les a pas cherchés, pour une raison ou pour une autre, ou bien on n'en a pas trouvé. On les voit en plus ou moins grand nombre, leur taille et leur coloration varient ; on les trouve de préférence dans les cellules géantes, où ils prennent ordinairement une position radiaire ; ils peuvent siéger également dans les cellules épithéliales et dans le tissu infiltré d'une façon diffuse ; dans ce dernier cas, ils se tiennent de pré-

férence dans le voisinage des cellules géantes ou des cellules épithéliales. Les endroits tombés en dégénérescence caséreuse avancée en fournissent encore, mais en moins grand nombre qu'ailleurs.

Il resterait, pour terminer la partie microscopique de ce chapitre, à parler des altérations des ganglions axillaires correspondant à la glande malade.

La tuberculose ganglionnaire, dans ce cas, ne diffère en rien de celle que l'on observe si souvent dans les autres ganglions de l'économie. Cette altération est trop connue (voir Cornil et Rauvier, T. I, p. 652); pour ne pas allonger, nous la passerons sous silence.

Si nous jetons maintenant en arrière un coup d'œil rapide sur la partie anatomo-pathologique de la tuberculose du sein, nous pouvons en déduire facilement la marche du processus tuberculeux dans cet organe. Le début est dans le tissu conjonctif interacineux de la glande; on ne trouve d'abord qu'une légère infiltration cellulaire du tissu interstitiel; ces cellules sont rondes et petites, elles sont répandues d'une façon diffuse dans le tissu interstitiel, ou bien sont amassées en forme de noyaux.

Cette infiltration cellulaire devient ensuite plus forte, s'étend sur les vésicules glandulaires elles-mêmes, qui sont comprimées et déformées; arrive un moment où l'infiltration cellulaire fait même irruption dans la vésicule glandulaire; processus identique pour les canalicules glandulaires. Cette poussée embryonnaire est mal tolérée par le tissu conjonctif qui s'irrite et commence à proliférer. Les capillaires voisins, qui étaient augmentés en nombre et en volume au

début, sont maintenant oblitérés et, comme le dit Dubar, les lacunes lymphatiques des lobules plongées en plein tissu morbide, sont le point de départ d'engorgement ganglionnaire de l'aisselle.

L'adénite qui en résulte a une marche plus rapide que la lésion du sein et arrive vite à la suppuration.

L'infiltration cellulaire est devenue ensuite si forte que l'on ne peut à peine distinguer les vésicules glandulaires du tissu voisin; arrive ensuite et toujours lentement la période de dégénérescence vitreuse; à ce moment aussi, la prolifération conjonctive est à son maximum. A ce premier degré de destruction succède la dégénérescence caséuse, résultat amené par l'oblitération vasculaire (endarterite végétante de Dubar).

Les cellules géantes dérivant des acini glandulaires et même des canalicules (Orthmann, p. 15) se forment; les organes glandulaires sont détruits pour la plupart. Enfin, toutes les parties dégénérées caséusement se ramollissent et forment une collection qui augmentera continuellement et qui finira par se frayer un passage pour s'écouler au dehors.

Pendant que ces phénomènes se passent du côté des premiers produits formés, il se développe petit à petit, en dehors d'eux, les premiers stades de la maladie, c'est-à-dire qu'il se fait dans les tissus voisins une infiltration cellulaire qui suivra les mêmes phases que celles que nous venons d'énoncer: infiltration cellulaire, dégénérescence vitreuse, caséuse et ramollissement.

La tuberculose du sein marchera toujours ainsi; toutes ces périodes auront lieu successivement et

lentement, l'extension du mal se produisant toujours par la même série de phénomènes.

Telle est, en général, la marche du processus tuberculeux dans le sein ; elle est, du reste, analogue à celle qui se présente pour les autres organes.

Qu'il s'agisse de tubercules confluent ou disséminés, la marche sera à peu près la même, sauf que, dans le second cas, sans que nous sachions pourquoi, l'inflammation conjonctive réactive sera beaucoup plus forte, bridera de bonne heure le tubercule et l'empêchera ainsi de se réunir à d'autres, pour former des foyers confluent. Est-ce une affaire de résistance de l'individu ? Nous ne pouvons l'affirmer ; en tout cas, c'est une guérison partielle, comme nous en observons pour le poumon, quand nous voyons les noyaux d'infection encapsulés par une coque conjonctive. Le mal, quoique toujours là, est arrêté ainsi pour un temps indéterminé, jusqu'à ce qu'il trouve de nouveau des conditions favorables à son extension.

Quant à la marche des abcès froids du sein, elle est probablement la même que pour les autres organes : infiltrations de cellules embryonnaires dans le tissu conjonctif, se présentant surtout dans le voisinage des vaisseaux sanguins ; hyperémie environnant cette accumulation de nouvelles cellules, formation de tubercules multiples, légère inflammation réactive les circonscrivant, réunion de ces foyers tuberculeux, anémie consécutive, puis dégénérescence vitreuse, caséeuse et période de ramollissement pour finir, avec formation de pus séro-grumeleux contenu dans une cavité dont les parois sont formées par une

coque peu épaisse de tissu conjonctif; cette coque, à son tour, est tapissée par la fausse membrane tuberculeuse caractéristique des abcès froids. Point de tubercules dans la zone indurée entourant l'abcès, formée de tissu conjonctif jeune et de bourgeons charnus; point de tubercules non plus dans le reste de la glande, en dehors du foyer suppuré. C'est, en effet, ce qui distingue surtout la tuberculose confluyente du simple abcès froid unique et bien limité dans un organe, tandis que la tuberculose confluyente n'est que la résultante d'une affection existant à des degrés divers de développement dans le sein.

La marche du processus tuberculeux de la mamelle étant ainsi élucidée, on peut maintenant se poser la question suivante : La tuberculose du sein est-elle primitive ou secondaire ? Piscacek envisage trois formes : une forme de tuberculose par perforation, venant de l'extension des germes ayant envahi les organes voisins ; cette variété n'est pas précisément rare, à cause du grand nombre d'affections tuberculeuses du sternum et des côtes.

Dans cette catégorie rentreraient également les abcès froids retro-mammaires pouvant fuser dans la glande, ou aussi les cas, comme celui d'Horteloup, où un foyer tuberculeux de la plèvre est venu perforer les espaces intercostaux pour se répandre dans la glande mammaire.

En second lieu, la tuberculose peut arriver dans la glande mammaire au moyen des vaisseaux sanguins et lymphatiques. Son origine se trouve dans un foyer éloigné primitif et n'est alors qu'une nouvelle localisation de la maladie ayant déjà envahi

l'organisme sur d'autres points ; ce serait la forme la plus fréquente : la tuberculose secondaire.

Enfin, il serait possible que le sein soit atteint de tuberculose primitive, aucun autre foyer semblable n'existant dans l'économie. Cette forme, quoique très rare, n'a pas de raison pour ne pas exister. Cependant, il serait bien à souhaiter de voir un cas pareil confirmé par l'autopsie. Cette dernière ne montrerait alors qu'un seul et unique petit foyer de tuberculose primitive dans ce sein. Ce dernier cas, quoique plus que probable, n'a pas encore été démontré sûrement, car l'affection du sein seul n'est pas assez grave pour entraîner la mort et fournir par conséquent une confirmation nécroscopique. Il doit cependant exister, malgré l'absence de preuves positives.

On peut simplifier la classification de Piscacek et n'envisager que deux formes de tuberculose du sein. Une *forme primitive*, consistant en ce que, en dehors du sein, l'organisme serait parfaitement indemne d'autre manifestation tuberculeuse, ou que, tout au moins, ces manifestations seraient consécutives à l'affection du sein, avec preuves microscopiques à l'appui.

Puis une *forme secondaire*, dans laquelle l'affection du sein ne serait qu'une attaque de plus de la diathèse tuberculeuse. Cette seconde classe comprendrait entre autres les cas de tuberculose de la mamelle résultant de la propagation possible des germes venus des organes ou des tissus voisins comme, par exemple, des côtes, du sternum, etc., ou même de la plèvre, ainsi que Johannet nous en donne un exemple (obs. 3).

Nous aurons donc : 1^o *la forme primitive*,
2^o *la forme secondaire*,
comprenant aussi la tuberculose par continuité.

De ces deux formes, c'est la seconde, comme nous l'avons déjà dit, qui est de beaucoup la plus fréquente. Cette conclusion résulte de l'examen de nos 34 observations, parmi lesquelles nous ne trouvons point de cas où l'on puisse dire avec certitude que la tuberculose du sein soit primitive.

Etant donné le cas de tuberculose primitive, comment expliquer le trajet suivi pour amener l'infection de la glande ? Verchère (Thèse Paris 1884) parle de la provenance encore très discutée des organismes infectieux et du chemin qu'ils semblent avoir suivi. Dans un cas de tuberculose du sein observé par Verneuil, les parasites seraient entrés par les canaux galactophores et les canalicules glandulaires. *Nepveu* confirma ce fait en trouvant les ampoules des canalicules remplies de microbes identiques à ceux décrits par Koch. Ce serait le chemin le plus court et le plus direct pour l'infection venue directement du dehors. Orthmann présente un cas analogue, l'âge des lésions des canaux excréteurs étant beaucoup plus avancé que celui des lésions de la glande elle-même.

Dans une autre hypothèse, on peut placer la porte d'entrée ailleurs ; tandis que les uns auront les pommons atteints tout d'abord, les autres verront se développer une tumeur blanche du genou, par exemple, une carie quelconque, un abcès froid sous-cutané, suivant telle ou telle prédisposition. Il est possible

également que la glande mammaire soit atteinte secondairement, sans que le germe infectieux ait déterminé de lésion dans l'organe qui lui a servi de porte d'entrée. Il suffit pour cela que la glande mammaire lui offre un terrain favorable ; nous avons vu dans le chapitre étiologie dans quelles conditions un sein est rendu le plus apte à concevoir la maladie.

Pour la tuberculose secondaire, l'infection du sein se produit d'une façon plus certaine, il se fait une métastase par voie sanguine ou lymphatique. Départ des germes infectieux du foyer primitif et arrivée de ceux-ci dans le sein prédisposé où ils se développeront librement.

CHAPITRE IV

Symptomatologie.

Nous avons admis, dans le chapitre précédent, trois formes de tuberculose du sein, il en sera de même dans ce chapitre là où nous examinerons successivement les *abcès froids*, la *tuberculose disséminée* et, enfin, la *forme confluente*. De même que anatomiquement, ces formes diffèrent entre elles au point de vue de la description clinique.

Pour l'*abcès froid*, les symptômes varient suivant qu'on l'examine au début ou dans une période avancée. Au début, lorsque le mal en est encore à la « *période de crudité* », c'est-à-dire quand il n'y a pas encore de pus, les signes fournis par la malade sont fort vagues ; d'autant plus vagues qu'ils sont peu connus, car l'affection, n'occasionnant point de douleur et passant inaperçue, on n'a pas l'occasion de l'étudier. Tout au plus pourrait-on sentir un ou plusieurs petits noyaux durs bien mobiles dans la glande mammaire, qui n'est pas augmentée de volume ; les ganglions axillaires sont intacts encore, ou commencent tout au plus à être légèrement influencés ; mais, au bout d'un certain temps, pouvant varier de

une à plusieurs semaines, ces petites masses se mettent à grandir et à se réunir les unes aux autres quand elles sont multiples ; arrive alors la deuxième période de l'abcès froid, ou « *période de suppuration* », marchant du centre à la périphérie. Cette période procède également avec lenteur. On peut alors constater dans l'épaisseur de la glande mammaire, qui est plus ou moins augmentée de volume, une tumeur siégeant le plus souvent dans la partie supérieure ou supéro-externe du sein. Cette tumeur, mal limitée à la vue, présente une surface uniforme et est recouverte d'une peau normale. Si l'on palpe, on se rendra mieux compte des caractères fournis par l'abcès que l'on sentira, quoique encore mal limité, cependant moins diffus qu'à la vue ; on ne sent pas de coque dure le circonscrivant, comme c'est le cas pour la tuberculose confluente ; on perçoit une sensation de fluctuation très évidente dans la profondeur de la glande. L'abcès est mobile avec le sein sur le thorax, mais ne peut pas être séparé de la glande, dont il fait partie ; la peau, quoiqu'un peu plus chaude que du côté sain, est intacte encore. Il peut y avoir de la fièvre, le soir principalement. La patiente se plaint rarement de douleurs quand on l'examine ; elle ne souffre pas spontanément non plus.

A ce moment, les ganglions sont ordinairement pris dans l'aisselle correspondante, on les sent sous forme de paquets plus ou moins volumineux, ou bien ils sont isolés, au nombre d'un ou deux, ils sont indolores, ils peuvent enfin manquer complètement. Ils n'arrivent pas à suppuration dans cette forme de tuberculose du sein.

Si l'on examine un abcès froid tuberculeux du sein dans une période plus avancée, on verra se produire les phénomènes suivants : le volume du sein augmentera encore, la peau à la partie saillante, saine au début, ne se laissera plus pincer comme avant, elle s'infiltrera peu à peu, se colorera en rose puis peu à peu en rouge violacé, le mamelon se rétractera, les douleurs se montreront, quoique non violentes, la température locale et générale s'élèvera, en un mot, l'abcès sera sur le point de s'ouvrir spontanément, par un ou plusieurs orifices, si un traitement approprié ne vient pas précipiter les événements. La perforation spontanée a-t-elle lieu, il s'écoulera en abondance un pus séro-grumeleux, le sein s'affaîssera, la sécrétion purulente, au lieu de tarir au bout de quelque temps, persistera, mais elle changera de caractère ; au lieu de pus d'abcès froid proprement dit, ce sera un suintement séro-grumeleux continuels sortant par des fistules de mauvaise apparence, irrégulières, à bords décollés, entourées de peau violacée, présentant, en un mot, tous les caractères de la fistule tuberculeuse. La palpation dénotera à cette période une induration entourant les trajets fistuleux et la cavité de l'abcès. Ce suintement persistera un temps indéterminé et finira par affaiblir considérablement la malade, qui n'aura le plus souvent pas attendu si longtemps pour réclamer des soins.

Forme disséminée. Pas plus que dans la première période de l'abcès froid, le sein n'est augmenté de volume dans cette forme, ou, si c'est le cas, il l'est à un degré minime. Le début de cette forme est égale-

ment fort obscur; aucun phénomène douloureux ne l'accompagnant, il est rare que les malades viennent consulter avant d'avoir atteint une période plus avancée. Le mamelon n'est pas rétracté, la peau du sein est parfaitement saine, ni hyperémie ni œdématisée.

A la palpation, on sent dans l'intérieur de la glande des indurations, des nodosités variant de nombre et de grandeur, elles sont indépendantes les unes des autres et peuvent atteindre le volume d'une grosse amande; leur surface présente des bosselures, en les saisissant entre les doigts, on leur trouve une consistance résistante, ni élastique ni pierreuse; elles ne sont que peu mobiles dans la glande et semblent faire plus ou moins corps avec cette dernière; quant au sein, il reste bien mobile sur les parois thoraciques; on ne provoque point de douleur en le palpant, et la mamelle n'est, en général, pas sensible spontanément; leur présence ne provoque point d'élévation de température locale ni de fièvre. Dans l'aisselle correspondante, on trouve de bonne heure une adénite concomitante; les ganglions siègent de préférence sous le bord inférieur du grand pectoral, varient en volume et en nombre et peuvent former de gros paquets très gênants lorsqu'il faut procéder à leur extirpation. Il est naturel que des ganglions dépendant d'un organe aussi riche en lymphatiques que le sein soient rapidement pris. C'est souvent leur présence que décèle l'affection du sein encore tout au début et difficile à examiner. En effet, un petit tubercule demeuré perdu au milieu d'une glande mammaire est fort difficile, sinon impossible à trou-

ver, tandis que des ganglions collés sur la paroi thoracique se laissent beaucoup plus facilement reconnaître.

La rapidité avec laquelle se prennent ces ganglions pourrait faire croire, dans quelques cas, que la tuberculose a commencé dans les ganglions axillaires d'abord, pour venir ensuite envahir la glande mammaire correspondante.

En effet, quelques malades vous disent qu'elles ont aperçu en premier lieu des glandes dans l'aisselle, tandis qu'il n'y avait encore rien dans le sein. Bien que la plupart des femmes se palpent volontiers la glande mammaire, nous ne les jugeons pas encore assez habiles pour y découvrir un ou plusieurs petits nodules gros comme des pois, se confondant intimement avec la glande, et nous pensons ne pas nous tromper en disant que la lésion des ganglions est consécutive à celle du sein. Le phénomène consistant dans l'engorgement rapide des ganglions est expliqué avec Dubar par l'envahissement précoce des lacunes lymphatiques et des vaisseaux qui leur font suite par l'infiltration embryonnaire.

Si les ganglions lymphatiques étaient pris d'abord et la glande mammaire en second lieu seulement, on ne pourrait expliquer ce cas que par des embolies rétrogrades, allant de l'aisselle au sein, ou bien par une obstruction lymphatique siégeant en avant de l'aisselle et forçant le courant à se détourner de son chemin normal pour aller, par exemple, du membre supérieur dans le sein et, de là, par les lymphatiques intercostaux, à leur lieu de destination habituelle.

Tout ceci n'est que supposition, il est plus sûr de faire la lésion du sein primitive et celle des ganglions secondaires. Ces ganglions arrivent assez rapidement à la suppuration, ils deviennent fistuleux et donnent lieu à un suintement intarissable de pus séreux contenant des grumeaux caséeux.

Pour en revenir aux *tubercules disséminés*, leur marche est très lente, ils peuvent rester stationnaires pendant des années sans amener de grands changements. Quant à leur terminaison, on ne peut faire que des hypothèses ; ou bien ils sont entourés par une coque fibreuse qui les encapsule et qui les empêche ainsi d'augmenter et de se ramollir ; ceci alors n'est qu'une guérison temporaire, car, à un moment donné, ils peuvent progresser de plus belle s'ils trouvent de nouveau des conditions favorables à leur développement ; ou bien ils sont le point de départ d'abcès froids ; plusieurs de ces tubercules disséminés se réunissent, se ramollissent et formeront la première variété de tuberculose du sein, que nous avons étudiée plus haut.

Enfin, la *tuberculose confluente* est la forme la moins rare des trois, c'est celle qui donne le plus souvent lieu à une intervention et n'est pas comme la tuberculose disséminée que l'on trouve, comme dans le cas de Billroth, seulement après la mort, à l'autopsie.

Il est malheureusement rare d'avoir à examiner une tuberculose confluente du sein tout au début ; l'affection n'étant pas douloureuse, aucune tumeur n'étant encore palpable, ni dans le sein, ni dans l'aisselle, les malades restent tranquilles ; elles vien-

nent, et cela se comprend, réclamer des conseils seulement plus tard, quand elles souffrent ou quand elles s'aperçoivent de la présence d'une grosseur qui les inquiète. On constate alors que le sein malade est tombant, il arrive que, déjà à cette époque, le mamelon commence à se rétracter, il est enfoncé et moins saillant que dans le sein normal. Le sein est augmenté de volume le plus souvent, la tuméfaction occupe sa partie supéro-externe et se prolonge jusque dans l'aisselle. On peut remarquer l'existence de bosselures correspondant à la tumeur elle-même, ou aux ganglions axillaires hypertrophiés. La peau de la région est encore normale à cette période de la maladie.

Si l'on procède à la palpation, on constate de préférence dans le quart supéro-externe de la glande mammaire une tumeur de forme ovoïde, allongée dans le sens transversal ordinairement, assez bien limitée, à surface bosselée. Sa consistance est résistante, élastique; on ne sent pas de fluctuation au premier abord, mais si l'on a soin de bien l'immobiliser et de rechercher attentivement la fluctuation, on la trouvera, elle est profonde. La peau du sein est normale, on peut la pincer, elle glisse bien sur la mamelle, la tumeur, quoique faisant partie de la glande, est assez mobile, le sein en entier est bien mobile sur les parois thoraciques. Il peut exister des douleurs, soit spontanées sous forme de lancées continues ou sous forme d'accès passagers, soit des douleurs à la pression.

La température locale est légèrement augmentée,

les malades n'ont généralement pas de fièvre, ou seulement une légère élévation de température le soir.

Dans le reste du sein, tout autour de la tumeur où l'on a constaté également du gonflement, on ne sent qu'un empâtement diffus, empêchant de sentir la partie de la glande non malade, aussi bien qu'à l'ordinaire.

A cette époque déjà, on peut constater dans l'aisselle la présence de un ou plusieurs ganglions ; ils siègent de préférence sous le bord inférieur du grand pectoral. Ils ne sont ordinairement pas encore suppurés à cette période de la maladie, il peut cependant arriver qu'ils se soient déjà assez ramollis pour former des abcès qui ont percé soit spontanément, soit au moyen d'un coup de bistouri. Des fistules en seront résultées et on les trouvera alors, suintant continuellement un pus séro-grumeleux. Ces fistules peuvent se tarir momentanément ; au bout de peu de temps, à la suite d'une nouvelle poussée inflammatoire, leurs trajets se rouvriront et la suppuration recommencera de plus belle.

Nous voici arrivé au bout de la première période durant toujours un temps assez long ; le mal, progressant continuellement, amènera peu à peu d'autres symptômes. La tuméfaction du sein augmentera, elle s'accroîtra peu à peu, au-dessus du mamelon en général ; à ce niveau, la peau commence à devenir rosée, luisante, tendue ; un abcès est sur le point de s'ouvrir ; de tels phénomènes peuvent se présenter à plusieurs endroits à la fois ou se succéder à de courts intervalles.

On sent de la fluctuation sous-cutanée dans ces différents foyers. Ces derniers prennent ensuite une coloration violacée, la peau devenue tout à fait mince est incisée ou finit par sauter; une assez grande quantité de pus, identique à celui des abcès froids, s'écoule au dehors; le sein, alors, s'aplatit un peu, le mamelon se rétracte davantage, s'enfonce dans l'aréole; la malade est soulagée. Il s'est formé ainsi une ou plusieurs fistules, autour du mamelon de préférence, et vers l'aisselle. De même que pour les fistules ganglionnaires de l'aisselle, ce suintement devient, au bout d'un certain temps, séreux, moins abondant; il contient des grumeaux caséeux. La peau qui entoure ces fistules est décollée, rouge, violacée, luisante, adhérente, dans un certain rayon, aux parties sous-jacentes. Leur fond est couvert de granulations humides, pâles, molles. Entre deux fistules, il peut exister de vrais ponts de peau ainsi altérée.

Dans certains cas, après un temps variable, la suppuration tarit, les fistules se ferment, on ne sent plus qu'une induration correspondant aux anciens foyers. Tout cela ne dure pas longtemps; les phénomènes décrits plus haut se reproduisent; les anciennes fistules s'ouvrent de nouveau, ou bien il se forme de nouveaux abcès et de nouvelles fistules; la suppuration recommence de plus belle, la rétraction conjonctive, suite d'inflammation réactive, progresse; le mamelon s'enfonce toujours davantage, jusqu'à disparaître presque complètement; il se forme également une rétraction, des tiraillements du côté de l'aisselle dont le bord antérieur s'abaisse.

Les ganglions formant de gros paquets suppurent aussi. Les fistules placées entre ou sur les tuméfactions circonscrites que forment ces ganglions hypertrophiés présentent des orifices à bord fongueux, tuberculeux.

L'exploration de tous ces trajets plus ou moins tortueux est, en général, douloureuse et ne mène pas à grand chose ; on pénètre à 4 ou 5 cent. de profondeur dans la mamelle, on tombe sur des masses molles.

Dans l'aisselle, les ganglions étant plus superficiels, on pénètre moins profondément que dans le sein.

Telle est la tuberculose du sein parvenue à sa période d'état.

Cette forme, de même que les autres, marche lentement, sans grands phénomènes inflammatoires ; tout au plus observe-t-on dans quelques cas, au moment où les abcès vont s'ouvrir, quelques symptômes généraux, passagers ordinairement ; ce processus, s'étendant continuellement, finira par envahir toute la glande si d'autres foyers continuent à se former. Cependant, il arrive que la nature vienne mettre une barrière à cet envahissement, le limitant ainsi à une portion seulement de la mamelle. Quand le mal en est arrivé à la période d'état, il ne faut plus compter sur une guérison spontanée par encapsulement, comme cela peut avoir lieu pour la tuberculose disséminée ou pour la tuberculose confluente tout au début. Une intervention devient nécessaire ; sans cela les malades, dont l'état général décline par le fait d'une longue suppuration, se cachectisent peu à peu.

Des complications surviennent, les poumons, en général, se tuberculisent quand ils ne le sont pas déjà auparavant, et la malade succombe après de longs mois de maladie.

Telle est la symptomatologie de la tuberculose du sein. Pour les rares cas observés chez l'homme, les phénomènes se succèdent de la même façon.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Reconnaître une tuberculose du sein n'est pas chose facile, surtout si la maladie ne fait que débiter; quand elle a atteint sa période d'état, qu'il y a des fistules caractéristiques, que la marche ainsi que tous les signes répondent bien à ceux que nous avons énoncés plus haut, alors la tâche est plus facile à remplir. Il n'y a pas longtemps, cependant, que les caractères de l'affection, même arrivée à une période avancée, sont assez connus pour que l'on puisse faire un diagnostic sans trop d'hésitation; il faut croire pourtant que la tuberculose du sein a été tout aussi fréquente autrefois que maintenant, et pourtant on n'en parle que peu et d'une façon évasive seulement. Quoique l'on ait fait des progrès depuis lors, nous ne sommes pas arrivés encore à un degré de perfectionnement bien grand et, nous ne pouvons poser un diagnostic à peu près certain, que lorsque nous rencontrons un cas de tuberculose durant déjà depuis un certain temps.

La faute en est aussi aux malades elles-mêmes, qui ne nous donnent pas l'occasion d'observer leur

mal au début. En effet, elles n'ont pas de raison pour venir se mettre entre les mains du chirurgien quand elles ne souffrent pas et quand elles ne remarquent rien d'anormal dans leurs glandes mammaires. Il est même des formes, comme la tuberculose disséminée, par exemple, que nous n'avons jamais à examiner, les malades, la plupart du temps, ne se doutant pas qu'elles en sont atteintes; aussi, arrive-t-il que cette variété n'est qu'une trouvaille d'autopsie; dans d'autres cas, le diagnostic est resté indécis, on opère pour plus de sûreté et c'est l'examen macroscopique, confirmé par des recherches histologiques, qui vient établir la vérité des choses.

La tuberculose du sein, étant donc si peu patente, demande à être cherchée. Une malade, par exemple, arrive avec un ou plusieurs ganglions axillaires; si ces ganglions siègent particulièrement sous le bord inférieur du grand pectoral, on ne devra pas se contenter d'un diagnostic symptomatique, il faudra remonter à la cause et rechercher attentivement dans la mamelle voisine s'il n'existe pas quelques nodosités peu mobiles dans le reste de la glande et indolentes. Nous savons, en effet, que l'adénite axillaire est aperçue par les malades souvent bien avant la lésion du sein primitive dont elle dépend. Nous en avons indiqué les raisons.

Jusqu'ici nous avons, dans les chapitres précédents, examiné les abcès froids d'abord, puis la tuberculose disséminée et enfin la forme confluente; nous suivrons encore le même ordre. La symptomatologie nous a déjà fait connaître les caractères que présentent ces différentes formes, il ne nous reste donc plus

qu'à voir avec quoi on pourrait les confondre, à faire, en un mot, le diagnostic différentiel.

Etant donnés les caractères fournis par un abcès froid intra-glandulaire, avec quoi faut-il se garder de le confondre? Il est entendu que nous ne discuterons que l'abcès froid arrivé à sa période de maturité, lorsqu'il y a du pus et que la tumeur est fluctuante. La première période, ou période de crudité, dans laquelle on ne sent qu'un noyau induré, se confond avec la tuberculose disséminée.

L'abcès froid peut être confondu soit avec les tumeurs solides fluctuantes, comme les sarcomes, les encéphaloïdes, les mixômes, les lipômes ou encore mieux avec les tumeurs liquides, comme les abcès froids superficiels ou rétro-mammaires, avec les tubercules confluents, avec les cavités kystiques contenues dans un fibrome diffus, avec les galactocèles, avec les adenômes kystiques, ou enfin avec les kystes en général et le kyste hydatique en particulier.

D'une façon générale, la malignité distingue déjà beaucoup le *sarcome* de l'abcès froid du sein qui, bien qu'étant une manifestation de la diathèse tuberculeuse, n'en offre cependant pas les dangers.

Déjà relativement rare, l'abcès froid du sein l'est encore bien davantage que le sarcome. L'âge auquel on le trouve ne constitue pas un caractère bien précieux.

La marche de l'abcès froid, toujours lente, peut aussi se retrouver dans le sarcome, mais alors ce dernier sera dur et non pas mou, fluctuant partout, comme l'abcès, un sarcome aussi mou qu'un abcès ne mettra pas plusieurs mois pour se développer. Les

limites et la consistance ne peuvent pas servir à différencier un sarcôme mou d'un abcès froid ; quant à la surface, elle est plus volontiers bosselée dans le sarcôme que dans l'abcès ; la peau, sillonnée de veines bleuâtres dans le sarcôme, s'altérera et s'amin-cira plus rapidement si l'on a affaire à un abcès ; ce dernier ne procurera pas les douleurs souvent très violentes que l'on observe dans un sarcôme, surtout s'il est kystique. Les ganglions, enfin, seront le propre des abcès, ils n'arrivent qu'exceptionnellement dans le sarcôme et tout au plus à une période très tardive, quand la tumeur est ulcérée. Etant donné ce dernier cas, il sera bien facile de distinguer un abcès froid ouvert d'un sarcôme ulcéré, d'après la marche, les caractères de l'ulcération, l'état de la peau entourant les fistules, d'après la forme de ces dernières, leur suintement, etc., etc. Une ponction exploratrice lèverait enfin tous les doutes.

L'*encéphaloïde* forme des tumeurs lobulées, volumineuses, à développement rapide et chez des femmes au-dessus de 40 ans en général ; il envahit la glande, sans être bridé par une capsule limitante et intéresse de ce fait rapidement la peau, qui est adhérente, épaissie, infiltrée ; l'hésitation ne sera pas longue. De plus, les ganglions correspondants sont influencés rapidement et en masse et ne ressemblent pas aux ganglions observés dans les abcès froids. Les douleurs lancinantes du cancer ne s'observent pas dans les abcès froids.

Quant au *lipôme* de la glande mammaire, qui n'est pas admis par tous les auteurs (Poulet et Bousquet, Pathol. ext. vol. II, page 842), nous ne le discuterons

pas. Pour le *mixôme*, excessivement rare, il en sera de même.

Arrivons aux tumeurs liquides et distinguons les abcès *froids superficiels* des abcès glandulaires. Les abcès froids du tissu cellulaire situés au-devant de la mamelle seront bien plus vite reconnaissables que les abcès enkystés profonds, leur développement sera plus rapide, la peau plus facilement malade ; on sentira, en outre, la glande saine au-dessous d'eux ; tandis que, pour l'abcès enkysté, la mamelle elle-même sera directement intéressée.

Les *abcès rétro-mammaires* provenant le plus souvent d'un os, d'une carie des côtes ou du sternum, auront une marche très lente ; ils se développeront le plus souvent autour de la mamelle ; mais, s'ils sont directement rétro-mammaires, ils soulèveront la glande en masse et mettront un temps infini avant d'arriver à pointer à la peau ; ils ne formeront pas, comme les abcès froids intra-glandulaires, une tumeur limitée que l'on peut circonscrire et palper.

On aura grand'peine, dans ce cas, à faire mouvoir le sein, fixé en masse sur les parties profondes. Enfin, s'il existe une fistule et qu'on l'explore avec un stylet, ce dernier pénétrera à des profondeurs bien plus grandes que pour l'abcès froid intra-glandulaire. Si, de plus, l'abcès est symptomatique d'une carie, par exemple, on pourra sentir l'os à nu.

Comment distinguerons-nous maintenant l'abcès froid du *tubercule confluent*. Nous trouverons pour l'abcès une paroi moins ferme, il formera, par conséquent, une tumeur moins dure, plus uniforme, moins bien limitée ; ordinairement plus volumineuse

que le tubercule confluent qui contient moins de pus. La fluctuation sera plus évidente pour l'abcès, qui aura une consistance plus molle et plus égale. Les ganglions, malades de bonne heure, dans la forme confluyente, fourniront un excellent caractère. On peut dire encore que la marche de l'abcès froid sera un peu plus rapide que celle du tubercule confluent ; la peau sera prise plus tôt ; une fois évacué, le pus ne se collectera pas de nouveau pour former des abcès à répétition, comme dans la forme confluyente. La rétraction conjonctive sera moins forte dans l'abcès que dans l'autre forme et, par conséquent, le mamelon moins tirailé et enfoncé. Quant aux *cavités kystiques* pouvant se former dans un fibrôme diffus, aux *galactocèles*, aux *adénômes kystiques*, aux *kystes en général* de la glande mammaire (kystes hydatiques, par exemple), nous ne nous y arrêterons pas, leur mention suffit. Il en sera de même pour la *maladie de Reclus*.

Etant donné maintenant le cas de *tuberculose diffuse*, avec quelle affection analogue du sein pourrait-on la confondre ? Il n'y a guère que des noyaux d'induration multiples, suite d'une phlegmasie, telle qu'une mammite aiguë de phlegmons ou d'abcès du sein qui, étant répandus dans la glande mammaire, comme le sont les noyaux de tuberculose disséminée, puissent amener quelque hésitation ; mais le doute ne sera pas long si l'on se donne la peine d'interroger la malade ; les antécédents et renseignements étiologiques trancheront sans tarder la question. De plus, les ganglions, aucunement influencés dans ces cas, fourniront un excellent caractère pour le diag-

nostic de ces nodules plus ou moins bien limités, indolents, sans retentissement sur les parties voisines, non tuberculeux.

En second lieu, il faut tenir compte encore des *fibromes* qui apparaissent entre 16 et 25 ans, et qui existent quelquefois dans les deux seins; ils sont durs, siègent à la périphérie de la glande, sont lobulés, très mobiles, sans adhérences à la peau et n'influent en aucune façon sur les ganglions axillaires. Même chose pour l'*adénome*.

Abordons maintenant la dernière forme de la tuberculose du sein, la *forme confluente*, que nous examinerons à son début, alors qu'elle forme encore une tumeur unique et qu'il n'existe pas encore de fistules. Nous la verrons en dernier lieu, quand elle a atteint sa période d'état. Avec quoi pourrait-on la confondre? Eliminons d'emblée l'induration générale du sein, correspondant à une hypertrophie simple; mais il arrive cependant que des cavités kystiques se sont formées dans ces fibrômes diffus, on pourrait croire alors à des tubercules confluents entourés, comme cela arrive quelquefois, d'une forte réaction inflammatoire; l'erreur est facile. Dubar, à cette occasion, cite un cas où l'on avait posé le diagnostic probable de tuberculose mammaire et où l'on trouva un fibrôme diffus, dans lequel s'étaient développées plusieurs cavités à contenu séro-muqueux; une ponction, dans ce cas, aurait levé tous les doutes, la nature séro-grumeleuse du pus tuberculeux étant caractéristique.

Tous les *kystes* du sein, en général, sont éliminés par leur consistance plus égale partout et plus élas-

tique ; la fluctuation y est plus évidente ; ils ne sont pas bosselés, sont généralement indolores, n'amènent qu'une légère réaction inflammatoire et aucun engorgement ganglionnaire. Dans le doute, une ponction exploratrice fixerait le diagnostic. La *galactocèle* rentre également dans le rang des kystes et est éliminée comme eux.

Le diagnostic différentiel entre les tubercules confluents et les abcès froids a été fait lorsque nous avons parlé de ces derniers.

Le *squirrhe* est bien plus important à bien distinguer. Il se développe en général vers 50 ans. La tuberculose se montre en moyenne à 31 ans, comme nous l'avons vu plus haut, sa marche est plus rapide ; il envoie dans la glande des prolongements ; sa surface est plus bosselée, sa consistance dure, pierreuse ; la peau est rapidement infiltrée, épaissie, présentant souvent cette apparence spéciale qui la fait ressembler à une écorce d'orange ; le mamelon est déformé de bonne heure. Le cancer est accompagné de douleurs lancinantes qui lui sont spéciales. Les ganglions sont durs et n'arrivent pas, comme dans la tuberculose, rapidement au ramollissement, à la suppuration et à la formation de fistules caractéristiques.

La *forme encéphaloïde* du carcinôme du sein se distinguera de la tuberculose par sa marche beaucoup plus rapide, par sa consistance spéciale, molle par places et indurée dans d'autres endroits. La peau, adhérente, infiltrée, sera rapidement ulcérée. Sa marche, envahissante entre toutes, amènera très vite un état cachectique.

Le *sarcôme fibreux* pouvant se présenter à tous les âges ne pourra pas être éliminé par ce caractère ; il se montrera, de même que le tubercule confluent, sous forme de tumeur circonscrite, bosselée, assez mobile, faisant corps avec la glande ; sa consistance ressemblera à celle du tubercule, surtout si le sarcôme est kystique ; mais sa marche sera en général plus rapide, même s'il est très fibreux ; et, point important à considérer pour éviter une erreur, il ne sera pas accompagné d'adénite concomitante ou, tout au moins, les ganglions n'apparaîtront qu'à une période tardive, quand le sarcôme aura, par son volume, ulcéré la peau ; tandis que nous savons que les ganglions apparaissent très tôt dans la tuberculose, qu'ils semblent même la précéder, qu'ils se ramollissent de bonne heure et qu'ils donnent déjà lieu à des fistules, tandis qu'on trouve la tumeur du sein tout au début.

Le *fibrôme*, à marche excessivement lente, dur et bosselé, sans adénite axillaire, ne sera pas confondu facilement.

Restent à mentionner les *gommes* du sein, très rares, décrites par Gromo, en 1878, se présentant sous forme de mastite diffuse ou sous forme de mastite circonscrite, pouvant exister dans les deux seins et envahissant toute la mamelle qu'elles ulcèrent.

Si la tuberculose confluyente est arrivée à sa période d'état, qu'il existe des ulcérations et des fistules, on pourrait la confondre encore, quoique difficilement, avec d'autres tumeurs ulcérées, comme le squirrhe, par exemple ; ce dernier se caractérise par

l'induration ligneuse des bords de l'ulcère et par la sanie fétide, à odeur spéciale, qu'il sécrète.

Le sarcôme ulcéré l'est largement; les bords de l'ulcération sont amincies, son fond est rempli de bourgeons sarcomateux, souvent exubérants. Dans la tuberculose, nous voyons plusieurs petites fistules entourées de peau violacée (voir planche I), décollée, amincie; ces fistules suintent continuellement un pus séro-grumeleux spécial et tout à fait caractéristique.

Les renseignements pris auprès de la malade, son état scrofuleux et enfin la recherche des bacilles de Koch dans le pus viendraient augmenter la liste des caractères énoncés dans le chapitre précédent, nécessaires pour établir le diagnostic de tuberculose du sein.

Bien que des observations relatives au sujet qui nous occupe soient maintenant assez nombreuses pour que l'on puisse en déduire une description suffisante de la maladie que nous étudions, il y aura toujours des cas qui seront ou bien méconnus, ou qui ne seront diagnostiqués qu'à l'opération, ces erreurs seront d'autant plus pardonnables que l'on aura affaire à des lésions encore peu avancées, pouvant ressembler à beaucoup d'autres choses.

Un examen anatomique anticipé consistant en une ponction exploratrice dans la cavité de l'abcès sera d'une grande utilité pour établir la vérité des choses.

Si la tumeur n'est examinée qu'une fois enlevée, l'erreur ne sera plus guère possible, cette coque fibreuse épaisse, circonscrivant une cavité anfractueuse à contenu séro-grumeleux, est trop spéciale pour qu'une hésitation soit possible. Malgré la certi-

tude que nous procurera cet examen macroscopique, il est bon, pour que le diagnostic soit absolument sûr, que l'on fasse l'examen microscopique; ce dernier, cependant, n'est pas obligatoire, les autres caractères visibles à l'œil nous étant suffisants; mais si l'on trouve les lésions histologiques caractéristiques de la tuberculose, infiltration cellulaire, cellules géantes, etc., ce sera encore mieux. La trouvaille de bacilles contentera enfin les plus difficiles.

CHAPITRE VI

Pronostic.

On peut dire d'emblée que le pronostic de toute affection tuberculeuse est mauvais. Le mal est tenace, récidive volontiers, progresse toujours et, en se généralisant, atteint des organes essentiels à la vie.

Pour le pronostic de la tuberculose du sein, il faut distinguer les cas où la mamelle seule est atteinte et ceux où la maladie a déjà envahi d'autres parties, comme les poumons, par exemple. Ces derniers cas, malheureusement, comme nous l'avons vu auparavant, sont les plus fréquents. Si nous avons affaire à une tuberculose du sein seulement, on peut espérer en devenir maître. Les malades seront plus volontiers atteints par cette affection vers l'âge de 34 ans et, quoique n'étant plus jeunes, ils offriront encore une bonne résistance, surtout si un traitement approprié vient augmenter les chances de lutte.

Le sein, encore mieux qu'un membre, est un organe dont on peut au besoin se passer, s'il n'y a pas moyen de trouver une autre planche de salut. Une amputation, opération radicale entre toutes, aura grande chance, si elle est faite à temps, de mettre fin

au mal. Le sein est donc une bonne région sur laquelle on peut agir avec succès. La mamelle sera perdue, mais la vie sera sauvée ; et même, si le mal n'est pas trop avancé, si une portion seulement de la glande est malade, on pourra conserver ce qui est encore bon, se contenter d'extirper la tumeur seulement ; on laissera ainsi à la femme le pouvoir d'allaiter, avec ce qui lui reste de sa glande, le côté esthétique sera également mieux respecté. Nous voyons donc que le pronostic dépendra aussi du degré auquel sera parvenue la maladie.

Si, maintenant, nous avons à faire à une malheureuse dont les organes internes sont profondément malades, si les poumons sont criblés de cavernes, la tuberculose du sein ne fera que diminuer la résistance aux progrès de l'affection principale, le pronostic, ici, dépendra plus du mal général que de l'affection du sein.

CHAPITRE VII

Traitement.

Pour les abcès froids du sein, le traitement ne diffère pas de celui que l'on emploie en général pour les abcès développés dans une autre région.

A la première période, quand ils sont à l'état de cruidité, que l'on sent une induration et qu'il n'y a pas encore formation de pus, les résolutifs ou les révulsifs pourront être essayés, hélas ! sans grand succès ; le mal suit sa marche ordinaire, une collection purulente se forme, nous avons, en un mot, l'abcès arrivé à sa période d'état.

Que faut-il faire alors ? Une intervention chirurgicale active sera bien indiquée. Elle consistera dans l'incision de l'abcès ; sa cavité, revêtue de la fausse-membrane fongueuse, sera râclée avec soin ; la région bien nettoyée ; on pourra, pour plus de sûreté, y passer encore le thermocautère. L'écoulement des liquides sera assuré par un ou deux drains sortant à la partie la plus déclive de la cavité, la plaie sera suturée. Enfin, un pansement antiseptique et compressif achèvera l'opération. On obtiendra ainsi une réunion par première intention. Une cicatrice linéaire

à peine visible en sera la suite. Si tout a été ainsi bien exécuté, la guérison sera définitive. Tel est, à notre avis, le traitement le meilleur et le plus simple dans ces cas-là. En second lieu, étant donné que l'on parvienne à diagnostiquer des tubercules disséminés dans une mamelle, cas que l'on n'a pas souvent l'occasion de voir, on pourra, si les noyaux sont d'un petit volume, se contenter d'un traitement purement palliatif, car les inconvénients que la malade éprouve dans ces circonstances ne sont pas assez forts pour amener une intervention très active. Amputer le sein serait plus sûr, mais bien radical et difficile à faire accepter par la malade et, d'un autre côté, aller à la recherche de tous ces nombreux et petits foyers serait alors impossible, il faut donc, si l'on ne fait pas une amputation de la mamelle, se contenter de garantir le sein contre les injures extérieures, le soutenir au moyen d'un bandage approprié et surtout soigner l'état général, de façon à l'améliorer et à le rendre plus fort, afin d'arriver, si possible, à un encapsulement et, par conséquent, à une guérison, sinon définitive, du moins très durable.

Si ce but ne peut être atteint, que les foyers grossissent, qu'ils se ramollissent, il sera bon alors de les inciser, de les curer, de les cautériser au besoin, comme on le ferait pour un abcès froid.

Enfin, si nous avons affaire à un cas de tuberculose confluente n'étant pas encore arrivé à la période fistuleuse, se sentant dans la glande mammaire sous forme d'une tumeur assez bien circonscrite, le traitement le meilleur et le plus sûr sera l'extirpation im-

médiate, car les frictions, applications d'emplâtres, n'arriveront à aucun résultat et laisseront le mal augmenter tous les jours. Avec la tumeur elle-même, on extirpera une zone de tissu glandulaire comprenant tous les tissus pouvant paraître suspects. On arrivera ainsi à obtenir une guérison par première intention ; le sein un peu diminué de volume pourra encore fonctionner, puisque toute une partie saine de la glande aura été respectée.

Ce cas, le plus favorable de tous, ne se présente malheureusement pas souvent ; on constate l'existence de fistules entourées de peau altérée ; le mamelon est déprimé ; le sein est occupé dans sa totalité par des tumeurs bosselées, en parties fluctuantes. S'il en est ainsi, deux traitements peuvent être employés : ou bien on se contentera, dans les cas peu favorables, de râcler tous ces trajets, de les cautériser, d'enlever toutes les parties malades aussi complètement que l'on pourra, d'y faire des injections détersives ou irritantes ; de les panser avec des mèches de gaze iodoformée ; on aura quelquefois, par ce moyen, des résultats durables, mais le plus souvent ce ne sera pas suffisant. Ce sera plus sûr et plus facile d'amputer le sein malade, la guérison sera plus rapide, surtout si l'on peut suffisamment rapprocher les téguments pour obtenir une réunion immédiate. Rien de mieux alors ; en 8 jours tout est guéri. Mais la peau est souvent malade sur un trop grand espace, on est obligé de la réséquer et l'on ne peut plus compter alors que sur une guérison par granulations, que l'on pourra hâter par l'application de greffes épidermiques.

Quant aux ganglions axillaires, il faut les soigner aussi ; dès qu'ils seront suppurés, on les incisera et on les extirpera, les cavités en résultant seront suturées ou tamponnées avec des mèches de gaze iodoformée ; tant que durera l'affection du sein, les ganglions qui en dépendent continueront à être malades également. Si l'on extirpe le sein, il est nécessaire également d'extirper les ganglions. Ce fait est moins obligatoire que pour un carcinôme avec adénite secondaire, mais il ne faut pas compter sur une guérison spontanée des ganglions axillaires une fois que le sein aura été enlevé. La tuberculose continuera à y progresser, la suppuration persistera indéfiniment et, si l'on veut arriver à une guérison définitive, leur extirpation s'impose aussi bien que celle du sein.

A côté du traitement chirurgical, un traitement médical sera naturellement du plus grand secours, il ne différera pas dans ces cas de ceux que nous préconisons pour les victimes de la tuberculose sous toutes ses formes. Il consistera, en un mot, à permettre au malade de lutter avec succès contre les progrès de l'ennemi. On y arrivera en améliorant son état général.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Velpeau. Maladies du sein, 1854.

Femme, 40 ans, jouissant d'une bonne santé habituelle. Dans le sein droit, tumeur du volume d'un poing, ayant débuté il y a dix-huit mois consécutivement à un coup de coude. Bosselée, dure dans certains points, molle et fluctuante dans d'autres, elle donna issue, quand on l'ouvrit, à du pus séro-grumeleux. Pas d'altération des os ou des cartilages, ni du poumon; pas de ganglions axillaires.

OBSERVATION II

Velpeau. Maladies du sein, 1854.

Femme, 24 ans, phthisique; douleur dans le sein droit sans cause appréciable; à ce moment, on constate l'existence de bosselures qui ne tardent pas à grossir, à se réunir et à présenter, au bout de quatre mois, le volume d'une pomme. Plusieurs ouvertures se font spontanément ou sont faites à l'aide du bistouri. Il en sort du pus lié et abondant. Aucune tendance à la cicatrisation. Les fistules donnent journellement une assez grande quantité de pus séreux. Il n'y a jamais eu de ganglions dans l'aisselle.

OBSERVATION III

Johannet. Tumeur tuberculeuse du sein avec tuberculose pulmonaire, 1853. *Rev. medico-chirurgicale*, T. XIII, p. 301.

Femme, 40 ans, bien portante jusque-là, éprouve des douleurs vives dans l'aisselle droite et constate la présence de plusieurs glandes sous le bras. A la même époque, elle commence à tousser et a plusieurs hémoptysies. Un mois plus tard, le sein droit se tuméfie progressivement, sans douleur. Bientôt, les ganglions de l'aisselle s'abcèdent et restent fistuleux. Sept mois après le début de l'affection, le sein a un volume considérable et est le siège de douleurs lancinantes. On lui ouvre, à l'Hôpital, un abcès d'où s'écoule une quantité considérable de pus séreux. Morte un mois après.

A l'autopsie, on trouve dans le poumon droit deux petites cavernes, de plus, un tubercule sous-pleural qui avait perforé le troisième espace intercostal et s'était infiltré dans le sein. La glande mammaire présentait encore, çà et là, dans son épaisseur, cinq ou six gros tubercules en partie ramollis.

OBSERVATION IV

Billroth. Tuberculose du sein. *Deutsche Chirurgie*, vol. 41.

Jeune fille blonde, bien nourrie, d'habitus extérieur nettement scrofuleux. Dans la mamelle se trouvent plusieurs noyaux du volume d'une noisette à celui d'une noix, contenant un pus jaune caséeux.

Incision des différents foyers, cautérisation au nitrate d'argent. Guérison.

OBSERVATION V

Billroth. Tuberculose du sein. *Deutsche Chirurgie*,
vol. 41.

Femme, 26 ans, reçue à l'Hôpital pour tuberculose pulmonaire ; morte trois jours après son entrée.

A l'autopsie, on constate des lésions tuberculeuses des deux sommets, des ulcères de même nature du gros intestin.

En examinant les mamelles, on trouve que la droite était plus grosse que la gauche, sans cependant présenter un gros volume. Nodosités à la palpation ; à la coupe, foyers caséeux de différentes grosseurs ; les plus petits atteignaient le volume d'un grain de mil ; les uns étaient friables, les autres étaient ramollis à leur centre.

Pas d'examen histologique suffisant, parce que les coupes n'étaient pas assez nettes.

OBSERVATION VI

Horteloup. Thèse d'agrégation, 1872. Tumeur du sein
chez l'homme.

Homme, 37 ans, tuberculeux depuis 10 à 12 ans ; non syphilitique ; est atteint, au mois de novembre 1871, d'un engorgement du testicule droit qui ne s'est pas abîmé ; a diminué peu à peu sans revenir à son volume normal.

Au mois de décembre de la même année, le malade se plaint d'une douleur ressentie au moindre contact sur le sein gauche. A l'examen, on constate la présence d'une tumeur parfaitement circulaire, de la largeur d'une pièce de cinq francs, aplatie, douloureuse au toucher ; un peu de rougeur de la peau, le mamelon est comme implanté juste au centre de la tumeur.

A la fin de l'année 1872, la douleur a disparu presque

entièrement ; mais la tumeur persiste à peu près avec son volume primitif.

Pendant trois mois, application d'emplâtres Vigo. Diminution lente et progressive de la tumeur, dont il ne reste que quelques traces.

OBSERVATION VII

Dubar. Tuberculose de la mamelle. Thèse, Paris, 1881.

Jeune fille de 21 ans, d'aspect maladif ; réglée à 17 ans ; n'a jamais eu de grossesse. Hémoptysies il y a un an ; les deux sommets sont pris. En même temps (février 1879) elle s'aperçoit, par hasard, qu'elle porte une grosseur en dehors du sein droit, non loin du creux de l'aisselle. Quinze jours après, douleurs ; la tumeur grossit et s'ouvre en avril spontanément, il en sort un liquide rougeâtre, plus tard jaunâtre, mais toujours très fluide, s'écoulant par des fistules à bords violacés. Deuxième abcès à côté du premier et offrant la même marche que lui. Depuis lors, la mamelle droite a toujours été plus volumineuse que la gauche. Au mois de janvier de l'année suivante, on ouvre un troisième abcès. La longue suppuration, les douleurs souvent très violentes font entrer la malade à l'Hôpital le 7 février 1880, dans le service du professeur Gosselin.

Le sein droit, comparé à celui du côté opposé, paraît doublé de volume. Trois orifices fistuleux existent dans cette région. L'un se voit à la partie externe du sein, presque dans l'aisselle, sous le bord inférieur du grand pectoral ; il ne donne qu'une faible quantité de pus contenant des grumeaux caséeux, il repose sur une masse indurée, de forme ovoïde, manifestement ganglionnaire. Le deuxième est plus rapproché de la glande mammaire, dont il est cependant distinct. Le troisième, qui correspond à l'incision faite en dernier lieu, se trouve un peu au-dessus du mamelon. Les deux dernières fistules donnent issue, par la pression, à une certaine quantité de pus grumeleux.

La glande mammaire est volumineuse, indurée, bosselée inégalement, surtout dans sa partie externe ; mo-

bile sur les parties profondes. La peau est mobile également, sauf dans les endroits correspondant aux fistules. L'état général de la malade n'est pas très satisfaisant ; fièvre hectique.

Amputation totale du sein le 28 mai 1880, érysipèle dans la suite, puis guérison le 20 juillet 1880.

A l'examen, on trouve une poche assez vaste, aplatie d'avant en arrière, irrégulière, présentant des diverticules terminés par des cavités plus ou moins grandes, communiquant toutes avec la grande cavité par des trajets souvent très étroits. La cavité centrale est en rapport avec l'extérieur par une fistule.

La grande cavité, les trajets, les diverticules sont tapissés par une membrane pyogène. Le contenu est du pus jaunâtre, mêlé de grumeaux caséeux.

L'examen microscopique démontre nettement la nature tuberculeuse de cette affection.

OBSERVATION VIII

Dubar. Thèse. Paris, 1881 et Le Dentu. Revue de Chirurgie, 1881, n° 1.

Femme de 23 ans. Manifestations strumeuses dans son enfance, consistant en engorgements ganglionnaires cervicaux multiples, n'ayant pas suppuré ; impétigo ; présente encore maintenant l'aspect scrofuloux. A 12 ans, l'aisselle gauche devient le siège d'une tumeur qui acquiert le volume du poing, s'ouvre spontanément et donne issue à un écoulement séro-purulent qui persiste pendant deux ans. Régée à 17 ans ; à 21 ans, une deuxième tumeur se développe dans l'aisselle gauche, à côté de la première, mais elle n'atteint que le volume d'une amande et se termine par une fistule qui livre passage à un pus séreux pendant l'espace de quatre mois. Peu de temps après la guérison de cette fistule, cette femme eut un enfant, qu'elle ne nourrit que pendant trois semaines ; les seins se sont, malgré cela, bien dégorgés ; il n'est pas resté d'induration.

Dix mois après le sevrage de l'enfant, sans cause appréciable, une petite tumeur se montre à la partie supéro-

externe de la mamelle gauche. Cette grosseur a à peu près le volume d'une amande, elle est arrondie et roule sous le doigt ; elle augmente lentement et régulièrement, si bien qu'en février 1879, la mamelle gauche est doublée de volume.

La peau est normale comme coloration, mais ne glisse pas bien sur la glande. La palpation fait reconnaître l'existence d'une tumeur de forme ovoïde, de la grosseur d'un œuf de poule, occupant tout le segment supéro-externe de la mamelle, mais n'atteignant pas le mamelon.

Fluctuation évidente ; point de douleur spontanée ou provoquée ; une ponction donne issue à beaucoup de pus blanchâtre assez épais. Un peu plus tard, incision qui permet de reconnaître l'existence d'une cavité sinueuse, à parois épaisses ; un diverticule profond se dirige vers la partie supéro-externe de la tumeur.

Guérison en avril ; en mai 1879, sous l'influence d'une grossesse de quatre mois, les deux seins commencent à grossir ; le sein gauche, un peu plus volumineux que le droit, devient de plus en plus douloureux à mesure que la grossesse avance. Le mamelon se déprime. En octobre, trente jours avant l'accouchement, la cicatrice que porte le sein gauche se rompt et se transforme en orifices fistuleux qui donnent passage à de la sérosité laiteuse. Accouchement normal en novembre. La femme n'allait pas. Dix jours après les couches, le sein droit est revenu à son état normal, mais le gauche reste gorgé de lait, s'écoulant par les fistules. En janvier 1880, ces fistules donnent issue à du pus séreux. La malade revient à l'Hôpital. On constate alors que le sein gauche est double du droit, que le mamelon est déprimé en doigt de gant, qu'il existe trois fistules dans la partie externe du sein gauche, par lesquelles s'écoule du pus séreux. Peau adhérente dans la partie externe. Le sein, pris en masse, est mobile sur la profondeur ; on sent des nodosités assez dures paraissant se confondre les unes avec les autres, de manière à former une masse assez volumineuse ; dans d'autres points, on reconnaît des noyaux beaucoup plus petits et isolés ; pas de douleur à la pression ; de temps en temps, surtout à l'époque des règles, douleurs spontanées.

Deux ou trois ganglions engorgés dans l'aisselle. Poitrine saine.

Ablation totale de la mamelle le 25 février. Extirpa-

tion de plusieurs noyaux fibreux axillaires. Guérison le 12 mars, malgré deux érysipèles.

En examinant le sein divisé transversalement, on trouve, au milieu d'un tissu d'aspect fibreux, un certain nombre de cavités, de grandeur variable, remplies d'un pus crémeux ; leurs parois sont tapissées de fongosités rougeâtres. L'examen histologique, pratiqué par le docteur Quénu, démontra positivement qu'il s'agissait de tuberculose mammaire.

OBSERVATION IX

Duret. Progrès médical. Paris, 1882. N° 9.

Femme, 27 ans, ayant souffert déjà dans son enfance d'abcès ganglionnaire.

Plus tard, tumeur grosse comme un œuf de poule dans le sein gauche. Ganglions caséux de la grosseur d'une noisette dans le voisinage de cette tumeur. Ces derniers furent extirpés et montrèrent tous les caractères d'une affection tuberculeuse. L'examen histologique a été pratiqué par Nepveu.

OBSERVATION X

Duret. Progrès méd. Paris, 1882. N° 9.

Femme, 32 ans, portant depuis l'âge de 12 ans, dans l'aisselle, une tumeur grosse comme un pois. Mariée à 20 ans. La tumeur atteignit peu après le volume d'une pomme. Douleurs. Extirpation de la tumeur. Cette malade a eu trois enfants ; n'en a allaité aucun. Dans la suite, il se forma à l'endroit de l'ancienne cicatrice une nouvelle tumeur grosse comme une pomme, se continuant dans le sein par une trainée indurée et noueuse.

On n'a point fait d'examen microscopique des parties extirpées.

OBSERVATION XI

Ohnacker. Archiv. Langenbeck. T. XXVIII. P. 366.
1882.

Femme de 44 ans, ne présentant point d'antécédent morbide héréditaire ou personnel ; on trouve maintenant une sonorité un peu diminuée au sommet du poumon gauche. A eu cinq enfants, les a tous nourris en se servant des deux seins. Dix ans après la naissance du dernier, la malade remarque, dans le sein droit, une tumeur de la grosseur d'une noisette, survenue spontanément ; cette tumeur augmenta de volume, se ramollit, devint douloureuse et s'ouvrit au moyen de cataplasmes. Il sortit peu de pus. Une fistule en résulta ; induration autour du sein, pas de guérison. A cause de la longue durée de la maladie, de la douleur et de la suppuration continue, affaiblissant la patiente, on amputa le sein et on extirpa les ganglions axillaires caséeux.

L'examen macroscopique montra d'emblée qu'il s'agissait de tuberculose. La surface interne de la cavité était tapissée de granulations fongueuses, gris-rougeâtres et jaunâtres dans lesquelles on apercevait en grand nombre des corpuscules gris transparents.

On trouva une deuxième cavité d'abcès, identique à la première et des granulations dans le parenchyme infiltré.

A l'examen microscopique : Infiltration de tubercules miliaires dans le parenchyme de la glande et dans la paroi des canaux excréteurs. Les granulations proprement dites sont parsemées de cellules épithéliales et de cellules géantes et tapissent les grandes cavités, de même que les canaux excréteurs dégénérés. On trouve très peu de vaisseaux, une grande tendance des tissus à la dégénérescence. Enfin, les ganglions axillaires sont caséifiés et tuberculeux.

OBSERVATION XII

Ohnacker, id.

Femme de 33 ans, cachectique, ayant perdu sa mère à 65 ans de tuberculose pulmonaire et son père à 66 ans (hydropique). Pneumonie il y a trois ans; 4 enfants depuis l'âge de 24 ans; le dernier en février 1881. Ils ont tous été allaités par leur mère. En mai 1881, la malade découvre dans son sein droit une petite tumeur douloureuse qui disparaît au bout de quelques jours.

Pendant l'été, la sécrétion du lait tarit, des douleurs envahirent le sein, la malade dut sevrer son enfant en automne.

Il se forma un gros abcès qui fut incisé à la clinique du professeur Bosc.

La cavité de l'abcès, démontrant sûrement la nature tuberculeuse de l'affection, on amputa le sein.

Inoculation dans l'œil d'un lapin des masses de granulations extraites lors de l'incision première.

Six semaines après on trouva les bacilles de Koch dans les poumons et dans l'œil de l'animal.

OBSERVATION XIII

Paul Poirier. Des tumeurs du sein chez l'homme.

Thèse Paris 1883.

Homme 46 ans, sans antécédents tuberculeux; remarqua il y a 3 mois dans le sein droit une tumeur ovoïde, à grosse extrémité dirigée vers le mamelon, s'étendant du côté de l'aisselle, mobile sur le grand pectoral, de consistance dure et mamelonnée. La peau est épaissie au niveau de la tumeur, le mamelon est empâté. Quelques douleurs spontanées et à la pression.

Deux ganglions dans l'aisselle. Un traitement antisyphilitique n'ayant amené aucun résultat, la tumeur

augmentant au contraire rapidement et la peau étant devenue rouge, violacée, on pratique l'extirpation de la tumeur et des ganglions.

La tumeur consistait en un nodule principal contenant du pus caséeux, grumeleux. Les parois de ces cavités étaient tapissées de fausses membranes fongueuses. Les nodules satellites, entourant la tumeur principale, sont de grandeur variable ; ils sont grisâtres, non caséeux.

Les ganglions axillaires sont gris blanchâtres, non ramollis.

Au microscope, on trouva des cellules géantes ainsi que des cellules épithéliales. La plupart des vaisseaux étaient oblitérés, leurs parois épaissies.

OBSERVATION XIV

Verchère. Des portes d'entrée de la tuberculose.

Thèse Paris 1884.

Cas de tuberculose primitive de la mamelle (observé par Verneuil), dans lequel les canaux galactophores et glandulaires ont servi de porte d'entrée aux organismes inférieurs.

Nepveu trouva les acini remplis de microbes ressemblant aux bacilles de Koch.

OBSERVATION XV

Orthmann. Ueber Tuberculose der weiblichen Brustdrüse. Virchow's Archiv. 1885. Bd 100.

Femme de 42 ans, ayant mis au monde, il y a 16 ans, un enfant actuellement bien portant. La malade aurait remarqué, en novembre 1883, dans le sein gauche, une petite induration ressemblant beaucoup à un furoncle ;

peu après la malade ouvrait elle-même ce petit abcès, il s'écoulait un peu de pus. Malgré cela, l'enflure augmenta, l'aisselle et le bras devinrent douloureux.

Un médecin consulté agrandit l'ouverture, il sortit encore un peu de pus. La malade, ennuyée d'une guérison se faisant trop attendre, la fistule continuant à donner, entra dans un service de clinique où l'on extirpa le sein gauche ainsi que les ganglions axillaires. On trouva un gros abcès entre le muscle pectoral et le sein gauche.

L'examen microscopique montra que l'infiltration se continuait dans le tissu glandulaire et avait envahi soit ses vésicules, soit les canaux excréteurs de la glande. On trouva des cellules géantes soit isolées, soit en groupes, mais on ne trouva point de bacilles de Koch dans la glande elle-même, tandis qu'on put en voir beaucoup dans les ganglions axillaires caséifiés. On vit également dans ces derniers une infiltration de cellules rondes et des cellules géantes.

OBSERVATION XVI

Orthmann, id.

Femme de 44 ans, souffrant depuis l'automne 1883 d'oppression et de malaises, ne l'empêchant cependant pas de travailler. Aggravation de ces symptômes, puis entrée à l'Hôpital, en mars 1884, dans un état de cachexie assez avancé. On constata, en outre, dans la mamelle droite, une tumeur pouvant donner à penser à un carcinôme au début. Cette tumeur, au dire du mari, aurait commencé environ un an et trois mois auparavant.

L'état général de la malade déclina rapidement, elle mourut en juin de la même année.

On trouva à l'autopsie une péricardite tuberculeuse, la dégénérescence caséuse des ganglions bronchiques et médiastinaux. Tuberculose disséminée des poumons. Tubercules dans la rate et le foie ; atrophie rouge du foie. Tuberculose du péritoine, surtout de l'espace de Douglas.

La mamelle est très petite, aplatie, dure. On peut à peine reconnaître à la coupe le tissu de la glande très

atrophié. Le sein est traversé par de nombreuses travées, présentant des directions variables; ces dernières sont assez dures et ont des parois épaisses. Elles contiennent des masses caséeuses. Les conduits excréteurs, placés dans le voisinage du mamelon, sont tout à fait libres, leur lumière est bien ouverte et leurs parois sont lisses.

L'examen microscopique démontre que l'on a affaire à une tuberculose des canaux excréteurs.

Le peu de tissu glandulaire subsistant montre une infiltration de cellules rondes et épithéliales, à des degrés variables; on y trouve aussi des cellules géantes contenant des bacilles de la tuberculose. On voit également de ces microorganismes dans d'autres parties des préparations.

OBSERVATION XVII

Habermaas. Beiträge zur klin. Chirurg. von Bruns.
1886, Vol. II.

Femme de 29 ans, ayant eu une bonne santé habituelle jusqu'à présent. Elle a eu trois enfants; elle les a allaités elle-même, avec le sein gauche seulement, parce que le mamelon du sein droit n'était pas assez proéminent. La dernière couche a eu lieu il y a quinze mois; elle a nourri jusqu'à son entrée à l'Hôpital; n'a jamais eu mal au sein jusqu'il y a deux mois, époque à laquelle le sein droit devint dur et douloureux; il se forma un abcès qui s'ouvrit au bout de trois semaines et laissa écouler beaucoup de pus. La plaie est restée fistuleuse et continue à suppurer passablement.

Entrée à la clinique le 4 novembre 1884, la malade ne présente rien à l'auscultation ni à la percussion, elle n'a pas de ganglions dans l'aisselle.

Le sein droit est un peu plus grand et plus dur que le gauche; son mamelon est fortement rétracté. On trouve à sa partie supérieure une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, fluctuante; en la comprimant, on fait sortir en abondance du pus par une fistule s'ouvrant

dans le quart supérieur et interne du sein ; un autre trajet fistuleux débouche dans le voisinage de l'aréole. On sent plusieurs noyaux durs sur le bord de la glande.

On pratique quelques incisions et curages qui guérissent rapidement, sauf en une petite place. Mais, au bout de trois semaines, il s'est de nouveau formé plusieurs abcès ; on décide d'amputer le sein droit. L'opération est faite le 18 décembre 1884.

Guérie en 12 jours. La guérison s'est bien maintenue. Pas de ganglions axillaires.

A l'examen macroscopique, on trouve plusieurs cavités, dont les unes atteignent la grosseur d'un grain de raisin ; elles contiennent un pus séro-grumeleux et sont situées dans un tissu conjonctif hypertrophié, dur, blanchâtre. On trouve, en outre, dans ce tissu conjonctif, plusieurs ilots de la grosseur d'une tête d'épingle, de couleur jaunâtre, mous. Il ne reste que très peu de tissu glandulaire sain.

Au microscope, on trouve dans le tissu mammaire des tubercules en grand nombre. Un bacille de Koch.

OBSERVATION XVIII

Habermas, id.

Femme de 30 ans, pas d'antécédents héréditaires ou personnels tuberculeux. A mis au monde deux enfants, qu'elle a nourris elle-même. Un an après sa dernière couche, la malade ressentit, au niveau du bord inféro-externe du sein droit, de violentes douleurs.

Pas d'autres phénomènes. Les douleurs cessèrent et, un peu après, il se forma rapidement une tumeur sur le bord inférieur du sein droit. Une incision donna issue à beaucoup de pus ; la plaie resta fistuleuse, l'écoulement de pus fut modéré. Six mois après, la malade remarqua, au-dessous de l'omoplate droite, une tuméfaction large de deux travers de doigt environ, qui augmenta insensiblement et sans douleurs. Peu après il se forma, dans la partie supéro-externe du sein droit, une petite tumeur plus dure que celle mentionnée plus haut et indolore.

La malade entre à la clinique le 21 juillet 1884. Elle ne montre rien d'anormal à l'examen des organes internes. Les deux seins sont de la même grosseur; sur le bord inférieur du sein droit se trouve l'orifice de la fistule, suintant beaucoup; il est entouré par une peau bleuâtre. Avec la sonde, on arrive sur un os rude. Dans le quart supéro-externe de la mamelle, on sent une tumeur de la grosseur d'une châtaigne, en partie dure et en partie fluctuante.

Le sein est indépendant des muscles. Pas de ganglions axillaires.

Au-dessous de l'omoplate droite, on voit une tumeur de la grosseur d'un poing, recouverte de peau normale et fluctuante. On ouvre cet abcès et l'on extirpe la tumeur du sein; guérison par première intention.

Neuf mois après, la guérison s'est bien maintenue.

Une coupe faite dans la tumeur montre qu'elle se compose de deux parties: l'une est une cavité tapissée de granulations spongieuses, et l'autre est formée d'un tissu solide, gris jaunâtre, parsemé de petites cavités de la grosseur d'une tête d'épingle, dont le contenu est identique à celui de la grosse cavité. A l'examen microscopique, tubercules nombreux, cellules épithéliales, cellules rondes, cellules géantes en grand nombre. Pas de limites nettes entre les tissus malades et les tissus sains.

On a trouvé deux bacilles de Koch.

OBSERVATION XIX

Tuberculose de la mamelle simulant un carcinôme.

Souplet, interne provisoire des hôpitaux. Bull. Soc. Anat. Paris, juin 1886.

Femme de 29 ans, entrée le 5 juin dans le service du professeur Verneuil. C'est une cuisinière robuste, ne présentant ni traces de scrofule, ni traces de syphilis. Bien réglée depuis l'âge de 15 ans, elle n'a jamais été malade dans son enfance; de 15 à 21 ans, elle a subi trois légères attaques de rhumatisme articulaire aigu; en

outre, elle a eu, il y a cinq ans, une pleurésie gauche qui guérit en un mois. Les antécédents sont nuls. Elle est accouchée, en 1879 et 1881, de deux enfants bien portants, qu'elle n'a pas nourris. A dater de cette dernière couche, elle aurait remarqué une rétraction progressive du mamelon gauche, qui est complète maintenant. Au mois de février 1886, elle s'aperçoit d'une petite tumeur du sein, qui la détermine à entrer à l'hôpital.

A son arrivée, on constate dans la partie interne de la glande mammaire une petite tumeur de la grosseur d'une noix. Cette tuméfaction ne semble pas, au dire de la malade, s'être notablement accrue depuis le moment où elle fut reconnue pour la première fois; elle n'a jamais déterminé de douleurs. Sa consistance est dure, sa surface légèrement bosselée, elle est adhérente à la peau.

On trouve deux à trois petits ganglions du volume d'un petit pois dans l'aisselle. L'auscultation ne révèle aucune lésion des poumons, les autres appareils sont sains également.

Le professeur Verneuil pose le diagnostic de carcinome et décide de faire l'ablation totale de la glande, ainsi que des ganglions axillaires.

L'opération est faite le 11 juin. On fait une incision portant directement sur la tumeur. A peine incisée, la tumeur se vide et donne issue à un liquide moitié séreux, moitié caséux, qui se répand dans la plaie. On a sous les yeux une cavité irrégulièrement anfractueuse, recouverte d'une coque fibreuse, assez épaisse. Ceci constaté, on termine l'opération en enlevant seulement la portion de la glande adjacente à la poche, sans avoir besoin de prolonger l'incision vers l'aisselle.

L'examen histologique a été pratiqué par le professeur Cornil. Les coupes comprenant la paroi de l'abcès caséux montrent à la surface de l'abcès une membrane tomenteuse, ayant la structure de bourgeons charnus. Il existe un grand nombre de vaisseaux capillaires dilatés, pleins de sang, entourés d'un tissu conjonctif lâche et de cellules rondes migratrices. On y trouve aussi sur toutes les coupes un certain nombre de cellules géantes. Dans les parties examinées, il n'y avait pas de tubercules caséux, ni de granulations tuberculeuses évidentes. Six coupes examinées au point de vue des bacilles n'ont point donné de résultat positif.

OBSERVATION XX

Piscacek. Ueber die Tuberculose der Brustdrüse
medizinische Jahrbücher 1887, p. 613.

Femme de 38 ans, entrée le 16 février 1884 à la clinique du professeur Albert. N'est pas mariée, n'a pas eu d'enfants, point d'antécédents héréditaires tuberculeux ; a souffert jusqu'à l'âge de 32 ans de ganglions scrofuleux, suppurant en hiver et guérissant dans la bonne saison. Bonne santé de 32 à 37 ans. Au printemps de 1883, nouveaux ganglions, surtout dans l'aisselle droite, qui suppure encore maintenant. La malade remarquait, il y a trois mois, qu'elle portait dans le sein droit une tumeur grosse comme une noisette ; cette tumeur grossit lentement, sans grandes douleurs ; des cataplasmes aidèrent à son ramollissement ; elle entre à ce moment à la clinique.

On constate que l'on a affaire à une personne scrofuleuse, dont l'état général n'est pas des meilleurs. Dans l'aisselle droite, tumeur dure de la grosseur d'une noix, fistulée à deux endroits. Le sein droit est un peu agrandi et plus proéminent que le gauche. La peau est bleuâtre dans son quart supérieur et externe, cela dans un petit espace seulement, cet endroit est fluctuant.

Une tumeur grosse comme un poing d'enfant, indépendante du pectoral, y correspond. On diagnostique une tuberculose du sein.

Le 21 février 1884, amputation du sein, extirpation des ganglions axillaires.

Le sein, une fois coupé dans la direction de l'abcès, on y trouva une cavité grande comme un pois, périphérique, et une deuxième cavité, comme une noix, atteignant le parenchyme glandulaire et le tissu conjonctif intracaneux. Ce dernier foyer correspondait à cette place bleue de la peau mentionnée plus haut. Comme contenu, c'était du pus épais, sale, rougeâtre ; la cavité était tapissée d'une membrane grise-violette, opaque, parsemée d'un nombre infini de granulations jaunâtres. On voyait aussi à la coupe des nodules semblables, grands comme des grains de chanvre, contenant une gouttelette de pus et agglomérés quelquefois en foyers.

Les ganglions axillaires étaient caséifiés. On ne put trouver de bacilles dans le pus. Au microscope, on voyait une infiltration tuberculeuse très complète, soit dans le voisinage immédiat des abcès, soit dans les tissus situés entre eux. Un peu plus loin se trouvaient des foyers tuberculeux uniques, grands et petits. Le système vasculaire est très peu développé, on trouve des cellules géantes en grand nombre. On a pu voir, sur plusieurs coupes, des bacilles de Koch.

Depuis le printemps de l'année 1886, le second sein est tombé malade à son tour, l'état général de la malade est devenu mauvais.

OBSERVATION XXI

Piscacek. Id.

Femme de 52 ans, entrée à l'Hôpital le 6 mai 1886. A eu six enfants; dernière couche il y a quinze ans. Bonne santé jusqu'à l'âge de 42 ans, époque où arrive une scarlatine compliquée de néphrite nécessitant dix semaines de séjour au lit. La malade a allaité ses enfants et n'a eu, antérieurement, aucune maladie du côté des seins.

A la fin de 1885, la malade remarqua sous le mamelon droit une tumeur de la grosseur d'une noisette, dont l'origine est attribuée à un coup reçu trois semaines avant sur ce sein. Cette tumeur augmenta progressivement, se ramollit et s'ouvrit par l'emploi de cataplasmes. Deux fistules persistèrent. La tumeur atteignit le volume d'un œuf d'oie. La patiente se plaint d'avoir maigri ces derniers temps, quoique jouissant encore d'un bon appétit. Elle tousse depuis dix ans, mais ne crache pas. Comme antécédents, elle indique avoir perdu sept sœurs mortes jeunes, dont une de tuberculose pulmonaire. Son père est mort de tuberculose également, âgé de 38 ans.

A l'auscultation et à la percussion, on trouve les deux poumons pris à un faible degré, l'urine contient passablement de phosphates. Œdème des pieds.

Le sein droit est agrandi et est proéminent. Sa moitié inférieure est occupée par une tumeur de forme allongée

dans le sens transversal, dure, un peu douloureuse à la pression, mobile dans tous les sens sur la profondeur ; à surface égale. A droite et au-dessous du mamelon se trouve une ulcération presque linéaire, entourée de peau violacée. Il sort, à la pression, un pus séreux, mêlé à des masses caséeuses. Au-dessous et en dedans du mamelon se trouve un ulcère identique au premier.

Dans l'aisselle droite, on sent deux ganglions du volume d'une noisette, ils sont durs, non douloureux.

Le 12 mai, on ampute le sein malade.

Déjà à l'examen macroscopique on peut affirmer qu'il s'agit d'un cas de tuberculose. Le pus est séreux et contient des masses caséeuses ; il est contenu dans une cavité tapissée d'une fausse membrane grise, rougeâtre, se laissant facilement détacher, et parsemée de tubercules miliaires. On pouvait voir, sur la coupe, d'autres petits abcès, répandus dans le tissu infiltré. Les fistules, visibles du dehors, conduisaient dans la cavité principale.

Pas de bacilles dans le pus ou dans ces matières caséeuses.

L'examen histologique ne fit que confirmer le diagnostic de tuberculose.

Pas trouvé de bacille dans les tissus.

OBSERVATION XXII

Piscacek. Id.

Femme de 43 ans, ayant des parents en bonne santé. Elle-même a eu, à l'âge de 15 ans, une fièvre typhoïde. Hémoptysies peu après son mariage, il y a treize ans. Huit enfants dans l'espace de douze ans, tous allaités par leur mère. En a perdu deux de méningite tuberculeuse.

Neuf mois après la naissance de son dernier enfant, c'est-à-dire en 1880, la malade remarqua qu'il se développait, dans son aisselle gauche, une tumeur. La cause en serait un coup reçu un peu auparavant ; quelques semaines plus tard, douleurs dans le quart supéro-externe de la mamelle gauche. Celle-ci aurait atteint le volume de deux poings d'adulte, fortes douleurs ; la peau rougit à

quelques places et perça soit spontanément ou fut ouverte par un médecin. La suppuration continue depuis deux ans, le pus est séro-grumeleux. On constate que l'on a maintenant affaire à une personne cachectique, tuberculeuse.

Le sein gauche est complètement atrophié. Sa peau est parsemée de cicatrices violettes, au milieu desquelles se trouvent des fistules, à bords déchiquetés, violacés. En dedans du mamelon, se trouve une tumeur allongée, divisée en deux par un pont de peau violette également ; un suintement de pus séreux, mêlé de grumeaux fins et caséeux, s'écoule continuellement des fistules. Le mamelon est presque complètement caché dans une fente, résultat d'une rétraction cicatricielle.

On ne trouve pas de bacille dans le pus.

Pas d'opération, vu l'état de marasme dans lequel se trouve la malade.

OBSERVATION XXIII

Piscacek. Id.

Femme de 32 ans, ayant eu sept grossesses. Trois enfants sont morts, dont un de tuberculose pulmonaire à trois ans.

Les couches ont été compliquées de plusieurs accidents, entre autres, d'un eczéma du mamelon gauche, de deux abcès du sein droit, qui sont restés fistuleux.

A son arrivée à l'Hôpital, on constate que la malade a les deux poumons atteints de tuberculose ; on trouve des bacilles dans ses crachats ; elle n'a jamais eu d'hémoptysie. Le sein gauche est eczémateux, mais bien développé. Le sein droit est plus proéminent, plus ferme, mobile sur le pectoral couvert de plusieurs ulcérations. Les bords de ces dernières sont minces, violacés, déchiquetés. Des parties indurées du sein correspondent à ces ulcérations. Elles laissent pénétrer dans les fistules qui en font la suite un stylet que l'on peut enfoncer à plusieurs centimètres de profondeur. A d'autres endroits, on constate la présence de cicatrices rétractées (autour du mamelon, entre autres) auxquelles cor-

respondent également des indurations du sein. En pressant, on fait sortir des fistules un pus séreux, mêlé de grumeaux, s'écoulant en abondance. Pas de ganglions dans l'aisselle, pas de bacille dans le pus.

La malade, ne voulant pas rester à la clinique, n'est pas opérée.

OBSERVATION XXIV

Piscacek. Id.

Femme de 30 ans, ne présentant point d'antécédent héréditaire personnel morbide. Deux couches, la première en 1880, l'autre en 1883; les enfants, bien portants, ont été nourris par leur mère, le premier avec les deux seins, le second avec le sein droit seulement, parce que le mamelon du sein gauche était trop mou. Au bout de trois semaines, le sein gauche gonfla, devint douloureux, se tendit, devint dur, surtout dans le quart infero-externe. Incision à gauche et au-dessous de l'aréole; il s'écoula du sang et du lait. Au bout de neuf jours, du pus vint s'y ajouter. Ce suintement purulent continua pendant dix mois, jusqu'au sevrage. Le pus s'écoulant par cette fistule devint séreux.

La malade souffrit aussi pendant la même époque environ de ganglions, siégeant dans la fosse sus-claviculaire droite, qui suppurèrent; elle en fut guérie au bout de quatre mois complètement.

A son arrivée à la clinique, on trouve la malade en assez bonne santé, elle ne présente rien aux poumons. La mamelle droite est flasque et pendante, le tissu glandulaire est bien développé, le sein gauche est à peu près du même volume que le sein droit. On sent dans le quart externe et inférieur, un noyau dur et élastique de la grosseur d'une noisette environ, il est recouvert d'une peau normale. A gauche, au-dessous de l'aréole, se trouve une ulcération à bords violacés, irréguliers, au fond de laquelle on voit un petit orifice laissant pénétrer un stylet à trois centimètres de profondeur. Le trajet se dirige en haut et en dedans. Suintement continuuel de pus séreux par cette fistule.

On ne trouve pas de bacille dans le pus.

Des cautérisations répétées au paquelin et des tamponnements iodoformés amenèrent une guérison au bout de trois mois.

OBSERVATION XXV

Piscacek. Id.

Femme de 34 ans, mère de trois enfants bien portants. Dans les antécédents de la malade, on trouve une santé délicate jusqu'à 12 ans. Toux fréquente, puis une variole. Il y a un an, la malade ressent, dans le quart interne et supérieur du sein gauche, une douleur qui s'accompagne bientôt d'une enflure de cette partie de la mamelle. Application de pommades et ouverture d'un abcès à deux endroits. L'incision faite à la périphérie de la glande guérit au bout de quelque temps, et l'autre, siégeant près du mamelon, laissa couler beaucoup de pus séreux. Il y a environ trois mois, une induration circonscrite, de la grandeur d'une noisette, prit naissance au-dessus du mamelon, la peau devint bleuâtre à cette place et, au bout de six semaines, il s'en écoula du pus séreux.

La malade, maigre, souffre depuis quelques semaines de sueurs nocturnes. Bacilles dans les crachats. Somnolence pulmonaires attaqués.

Le sein droit est atrophié, flasque et pendant.

Au sein gauche, on trouve, en bas et en dehors de l'aréole, une cicatrice violacée faisant rétracter la peau ; on remarque, dans son fond, une ulcération de la grandeur d'un pois, à bords violacés. Une sonde s'enfonce jusqu'à cinq centimètres du côté de la glande mammaire. Un trajet fistuleux semblable, profond de six centimètres, existant depuis un an, se trouve en haut et en dedans de l'aréole ; il laisse suinter du pus séreux. Immédiatement au-dessus du mamelon se trouve encore une ulcération à bords violets, allongée, sécrétant un pus séreux. Dans l'aisselle, un ganglion.

Des râclages et des cautérisations vinrent à bout du mal après six semaines de traitement.

OBSERVATION XXVI

Piscacek. Id.

Femme de 27 ans, ayant eu sept enfants, dont cinq bien portants et dont deux sont morts, l'un de méningite tuberculeuse et l'autre de phtisie pulmonaire. La mère n'a nourri que son cinquième enfant. Elle ne peut pas donner de renseignements sur la cause de la mort de ses parents. Huit jours après sa dernière délivrance, c'est-à-dire il y a sept semaines, le sein droit est devenu rouge et douloureux, il s'est formé un abcès qui s'est ouvert au-dessus de l'aréole, il y a quatre semaines.

Depuis huit jours, un deuxième abcès s'est ouvert également dans le quart infero-interne du sein.

A son entrée à l'Hôpital (juillet 84) on constate que la malade est tuberculeuse. Le sein gauche est flétri ; le sein droit est un peu agrandi, pendant, sa consistance est dure ; les téguments sont œdématisés ; autour de l'aréole, ils sont bleuâtres. Au-dessus du mamelon se trouve une ulcération blafarde, à bords irréguliers ; elle est de la grandeur d'une lentille.

Dans le quart infero-interne, on remarque une deuxième ulcération, un peu plus grande que la première, à bords déchiquetés, suintant un liquide laiteux.

En se rapprochant un peu de l'aréole, on rencontre une fistule d'où s'écoule un pus séreux, mêlé de grumeaux caséeux. Deux ganglions axillaires. Pas de bacilles dans le pus.

La malade n'a pu être suivie, n'étant venue qu'une fois à la consultation.

OBSERVATION XXVII

Piscacek. Id.

Femme de 16 ans, ne présente point d'antécédent héréditaire ou personnel ; enceinte depuis le mois de février 84 ; continue à se bien porter jusqu'en août 1884.

A cette époque, la malade remarqua que son sein droit devenait plus dur que le gauche; point de douleur. En deux semaines, le sein droit devint passablement gros, la peau devint bleuâtre; cinq semaines après, un abcès, qui s'était formé à cet endroit, perça spontanément à six endroits à la fois. Les orifices devinrent fistuleux et sécrétèrent un pus séreux. En octobre suivant, couche normale. A l'examen de la malade, on trouve qu'elle porte dans l'aisselle deux ganglions du volume de haricots. Le sein gauche est bien développé. Le sein droit est à peu près de la même grosseur et de la même consistance que le sein gauche, on sent seulement, dans le quart inférieur et externe, une tumeur du volume d'une noisette. On constate à la surface de cet organe l'existence de cicatrices violettes et d'ulcérations à bords irréguliers, violacés. Les trajets fistuleux mènent à la glande mammaire; par la pression on fait sortir des fistules, du pus séro-grumeleux. Point de bacilles, ni dans le pus, ni dans les crachats.

On se contenta dans ce cas d'un traitement incomplet, consistant en application d'iodoforme et de cautérisations.

En huit semaines les ulcérations étaient guéries.

OBSERVATION XXVIII

Hebb. Path. Soc. Transaction 1888, p. 447.

Femme 39 ans, ayant eu 8 enfants dont 5 sont morts de tuberculose. Elle-même a été soignée pour des hémoptysies. Elle présente dans le sein gauche un nodule dur, mobile, douloureux, des cordons indurés se dirigeant de la glande vers l'aisselle, dans laquelle il n'y a pas de ganglions. On trouve à l'opération des nodules tuberculeux, dont quelques-uns sont ramollis. L'examen microscopique n'a pas décelé la présence de bacilles.

OBSERVATION XXIX

Tumeur du sein, tuberculose mammaire. *Dubreuil*,
Gaz. méd. Paris. Avril 1888.

Femme mariée, âgée de 35 ans, ayant perdu son père de maladie d'estomac et sa mère de choléra ; sans antécédents tuberculeux. Jusqu'à 14 ans, la malade a souffert d'adénite cervicale et de maux d'yeux.

Réglée à 12 ans, les règles ont été irrégulières.

Pleurésie à 22 ans.

A eu une fille il y a quatorze ans, qu'elle a nourrie pendant quatorze mois.

Maintenant cette femme, plutôt maigre, jouit d'une assez bonne santé ; l'examen des poumons ne révèle rien de particulier.

Elle s'est aperçue, il y a un an et demi, que le mamelon gauche semblait diminuer de volume et se rétractait.

Il n'y avait à cette époque, dans le sein correspondant, ni douleur, ni tuméfaction. Six mois après, un médecin qui examina le sein constata l'existence d'une tumeur et prescrivit l'iodure de potassium à l'intérieur et en frictions. De temps à autre, il survint quelques légères douleurs au niveau du sein et de l'aisselle, aussi bien à droite qu'à gauche. Actuellement, les seins sont normalement développés, quoique peu volumineux. A gauche, le mamelon est considérablement rétracté et la glande tout entière est augmentée de volume. On sent à la palpation une série de masses indurées, lobulées. A la partie externe, il existe une tuméfaction plus considérable au niveau de laquelle on perçoit une sensation de fluctuation assez nette. La peau est adhérente en ce point ; la glande est libre au devant du grand pectoral. Aucun écoulement par le mamelon.

Le sein droit renferme aussi quelques lobules légèrement indurés, sans adhérence, ni à la peau, ni à la paroi thoracique.

Dans les deux aisselles, on constate l'existence de quelques ganglions légèrement indurés et tuméfiés. Ces ganglions sont quelquefois le siège de douleurs assez vives.

Ablation du sein. Au moment où on détacha la glande du grand pectoral, il jaillit une certaine quantité de pus. La cicatrisation fut rapide. Les ganglions n'ont pas été extirpés et sont restés stationnaires après l'opération.

L'examen macroscopique montre certaines parties plus indurées que d'autres.

La cavité de l'abcès a le volume d'une noix ; elle est située au-dessous et en dedans du mamelon et traverse obliquement le sein de haut en bas, d'avant en arrière et de dehors en dedans. Son extrémité externe aboutit jusqu'au mamelon. Cette cavité est tapissée par une membrane granuleuse, formée de bourgeons charnus de volume variable, certains sont translucides, d'autres sont opaques.

L'examen microscopique montre une sclérose de la mamelle avec compression du tissu glandulaire, dont bon nombre d'acini sont étouffés par la prolifération conjonctive.

Les bourgeons charnus, tapissant la cavité, sont constitués par une énorme quantité de cellules jeunes et une mince charpente conjonctive.

Infiltration cellulaire des tissus sous-jacents.

Au milieu des cellules jeunes, on trouve quelques cellules géantes à centre jaunâtre et, par places, un groupement de cellules géantes, cellules épithélioïdes, cellules embryonnaires.

Divers accidents survenus aux préparations ont empêché la recherche du bacille tuberculeux ; malgré cela, on peut ranger ce cas parmi les exemples de tubercules confluents.

OBSERVATION XXX

Dubreuil. Tuberculose mammaire. Gaz. hebd. des
Sc. méd. de Montpellier, 12 juillet 1890.

S., âgée de 17 ans, entrée à l'Hôpital le 16 mai 1890. Cette jeune fille avait trois frères ou sœurs, qui sont morts en bas âge. Elle porte des traces évidentes de scrofule, son cou est à gauche marqué de cicatrices qui

se rapportent manifestement à des adénites tuberculeuses abcédées; elle raconte de plus que, dans son enfance, elle a eu des croûtes à la tête. Elle n'est pas mariée et n'a jamais eu d'enfant.

Le facies est pâle, un peu bouffi. Les poumons sont en bon état.

La malade fait remonter à trois mois le début de sa maladie.

Deux petites tumeurs se développèrent dans l'aisselle gauche, elles ne tardèrent pas à devenir douloureuses, à s'abcéder et, au moment où nous examinons la malade, il persiste encore deux trajets fistuleux à bords irréguliers et végétants. Il paraît manifeste qu'il y a eu là deux ganglions tuberculeux qui se sont ramollis.

Le sein gauche n'a pas tardé à augmenter de volume et à devenir douloureux. Au bout de quelques jours, un médecin a pratiqué une incision sur la partie externe de la glande, incision qui a donné issue à une certaine quantité de pus épais et grumeleux. Cette ouverture est passée à l'état fistuleux.

On constate que la glande entière est envahie et l'on porte le diagnostic de mammite tuberculeuse.

Un stylet introduit par l'orifice fistuleux de la mamelle pénètre jusqu'au côté interne de la glande. On pratique une incision à ce niveau et l'on introduit un drain traversant ainsi la mamelle. Lavage à l'eau boricuée; deux cuillerées d'huile de foie de morue.

Le 30 mai, voyant que le traitement institué n'amenait aucun résultat, on se décide à enlever le sein. La plaie est réunie par suture. On ne touche pas à l'aisselle et on laisse sur la lèvre interne de la plaie l'orifice correspondant à l'incision, pratiquée auparavant, par laquelle ressortait le drain; cette fistule et celle de l'aisselle furent fortement cautérisées au thermocautère. Pansement antiseptique.

Il y a eu sinon une réunion immédiate, au moins une réunion assez rapide, et le 30 juin la malade est en état de quitter l'Hôpital. La plaie est entièrement cicatrisée et il en est de même des trajets fistuleux.

La tumeur, examinée par le professeur Kiener, a montré qu'elle était formée de tissu fibreux infiltré de tubercules.

OBSERVATION XXXI

Shattock. Tubercular Abscess of the Breast. Path. Soc.
of London, 21 mai 1889.

Fille de 21 ans, admise à l'Hôpital Saint-Thomas, dans le service de Mackellar, le 19 mai 1888. Ses parents sont vivants, bien portants; point d'antécédents tuberculeux dans la famille. Le début de la maladie remonte à 6 ans. Elle a commencé par un nodule de la grosseur d'une noisette dans le quart supéro-externe du sein gauche.

L'opération faite le 6 juin a consisté dans l'extirpation de la partie du sein renfermant l'abcès, ainsi que de plusieurs ganglions axillaires caséifiés, reliés à la glande par des cordons nodulaires durs.

A ce moment, la tumeur, de forme ovale, à bords irréguliers, adhérents à la peau qui est pâle à ce niveau, fait partie de la glande mammaire, elle est indépendante du mamelon, qui est normal, de consistance ferme. On avait senti dans sa profondeur de la fluctuation. La cavité de la tumeur, dont les parois sont épaissies, granuleuses, renfermait un liquide purulent, mêlé à des matières caséuses. La glande était saine tout autour.

Des coupes microscopiques faites dans la paroi de l'abcès et dans les ganglions ont démontré la nature tuberculeuse de cette affection.

La malade, guérie le 23 juin, se porte encore bien actuellement (mai 1889).

OBSERVATION XXXII

Inédite. Du professeur *J.-L. Keverdin.*

D. A., âgée de 19 ans, ménagère, née dans la Loire (France), demeurant à Bellegarde, entre à l'Hôpital cantonal de Genève le 24 mai 1889 pour une affection du sein. L'interrogatoire de la malade ne nous donne aucun antécédent héréditaire morbide; comme antécédents

personnels, nous trouvons un érysipèle de la tête il y a quatre ans. Depuis trois ans, troubles de la menstruation. N'a jamais eu d'enfant.

Le début de son affection date de quatre mois; la malade remarque qu'il se développe une petite grosseur dans l'aisselle droite, indolore, ne gênant pas les mouvements du bras. Au bout de deux à trois semaines, la grosseur s'ouvre spontanément; il s'écoule du pus jaunâtre, une fistule persiste. Un second abcès semblable s'ouvre spontanément aussi, un peu en avant du premier, il fistule également. Enfin, un troisième abcès se forme d'une façon analogue dans la partie supérieure du prolongement axillaire de la glande mammaire. Ces trois fistules suintent encore aujourd'hui un pus séro-grumeleux.

Status. Jeune fille scrofuleuse, ne présentant rien de particulier à noter dans l'examen des différents systèmes; les poumons, en particulier, ne dénotent, ni à la percussion, ni à l'auscultation, aucun signe de tuberculose. En examinant l'aisselle droite, nous voyons que sa paroi interne est tuméfiée; la tuméfaction, mal limitée, occupe toute cette paroi et s'étend à toute la moitié supérieure du sein, ainsi qu'à son prolongement axillaire. Le mamelon est abaissé, un peu déprimé, enfoncé, moins saillant que le gauche; il ne suinte aucun liquide.

On constate, en outre, la présence de trois fistules punctiformes, situées sur des élevures tégumentieuses violacées; ces orifices conduisent dans des trajets qu'on ne peut que difficilement explorer à cause de la douleur produite en introduisant un stylet.

Le premier orifice est situé un peu en arrière du milieu de la paroi interne du creux de l'aisselle. Le second est placé un peu en avant du premier, le troisième occupe le prolongement axillaire de la glande mammaire. Aux trajets de ces fistules correspondent des tissus indurés. On sent tout autour des nodosités semblables à des ganglions augmentés de volume.

A la partie supérieure du sein droit, la tuméfaction est fluctuante; la palpation faite avec la main à plat laisse apercevoir dans cette partie fluctuante de petites inégalités dures, paraissant siéger dans les parties superficielles de la glande.

Au-dessous du mamelon, où le sein n'est pas fluctuant, on sent des nodosités plus volumineuses, également dures, paraissant fournies par des lobules indurés.

La peau est rosée, distendue; en pressant, on fait sourdre par la fistule antérieure du pus contenant des grumeaux.

La température locale seule est augmentée. Point de douleurs.

Le sein est mobile sur le grand pectoral.

Il existe un ganglion dans la région sus-claviculaire droite.

Le 25 mai 1889, on procéda à l'opération après avoir posé le diagnostic de tuberculose du sein.

La malade est anesthésiée à l'éther; la région opératoire est désinfectée soigneusement. On introduit ensuite une sonde cannelée dans la fistule inféro-interne et on la fait ainsi pénétrer dans la cavité de l'abcès du sein en la dirigeant de haut en bas et de dehors en dedans.

Incision sur la sonde; on découvre ainsi une cavité d'abcès de la grandeur d'un œuf d'oie; anfractueuse et aplatie, contenant quatre diverticules de grandeur variable, dont deux sont incisés; l'un se dirige en dedans, l'autre en bas et en dedans du mamelon; ils sont tapissés d'une fausse membrane irrégulière, fongueuse, de coloration plutôt foncée, violacée, évidemment tuberculeuse; cette fausse membrane est, par places, très adhérente aux tissus de la glande qui, eux-mêmes, sont épaissis et indurés. La cavité de l'abcès et de ses diverticules est située en plein tissu mammaire; la lame qui recouvre l'abcès et forme sa paroi superficielle paraît la plus épaisse; ce tissu est blanchâtre, crie sous le couteau, ne saigne pas. La fausse membrane étant râclée, on enlève une partie du tissu induré avec le bistouri; on obtient ainsi une cavité bien nette, qu'on cautérise légèrement au thermocautère.

On fait partir une seconde incision de la partie supero-externe de la première; cette nouvelle incision se dirige en haut, vers le sommet du creux de l'aisselle, en formant une légère concavité pour faciliter l'extirpation des ganglions malades.

On dissèque un paquet ganglionnaire occupant toute la paroi interne du creux de l'aisselle et s'étendant jusqu'au-dessous du grand pectoral; ces ganglions sont en partie caséeux et réunis par une forte périadénite. Malgré la difficulté de ce temps opératoire, on parvient à nettoyer complètement le creux de l'aisselle.

L'hémostase achevée, on passe deux drains en arrière de l'aisselle, afin d'assurer l'écoulement des liquides.

On suture la plaie axillaire, on fait un tamponnement profond avec une mèche de gaze iodoformée et l'on suture superficiellement la plaie mammaire.

Pansement antiseptique et compressif.

La plaie axillaire guérit par première intention en 8 jours, la plaie mammaire granule dans les endroits qui n'ont pas été suturés. La malade sort complètement guérie le 29 juin 1889 sans jamais avoir présenté ni fièvre, ni aucun autre accident.

A la sortie de la malade, on constate que la glande mammaire, sans avoir repris sa consistance tout à fait normale, a cependant perdu la dureté pierreuse qu'elle présentait lors de l'opération; la cicatrice est assez déprimée, mais la forme du sein avec son mamelon est assez bien conservée; l'état général de l'opérée est assez bon.

Une note due à l'obligeance du Dr Mayor donne les détails microscopiques suivants :

Dans ce cas, la partie la plus typique, au point de vue morphologique, était le ganglion.

La masse caséeuse qui le remplace en majeure partie est entourée d'une zone fibreuse épaisse, semée çà et là de quelques cellules embryonnaires remplissant quelques mailles conjonctives plus fines; dans cette coque fibreuse se rencontrent quelques petits tubercules parfaitement caractéristiques. L'un d'eux présentait déjà à son centre la dégénérescence caséeuse. Mais d'autres n'étaient encore que des follicules isolés ou agminés, typiques.

Enfin, l'examen par la méthode de Fraenkel a dénoté la présence des bacilles dans ces follicules.

Les bacilles ont été retrouvés également dans les débris de la membrane qui tapissait la cavité sur laquelle a porté le râclage, et cependant ces débris n'offraient nulle part des figures de follicules tuberculeux. Ils étaient constitués par du tissu conjonctif en faisceaux assez vigoureux, mais peu serrés, dont les interstices étaient semés de cellules embryonnaires ou d'éléments arrondis plus volumineux. Ces derniers s'aggrègent fréquemment en petits groupes et quelques-uns d'entre eux, d'un volume plus considérable, se montrent pourvus de deux ou trois noyaux. Ça et là on rencontre aussi quelques masses homogènes multinuclées. Nulle part, cependant, je n'ai trouvé le follicule typique. Dans ce

tissu conjonctif rampent des vaisseaux à paroi simple, les uns libres, remplis surtout de globules blancs, les autres plus nombreux, oblitérés.

Quant aux régions de la glande mammaire qu'avoisinaient la collection liquide, leur tissu conjonctif est fort serré et leurs acini offrent l'image de l'état d'inflammation chronique : légère dilatation des culs-de-sac, dont les cellules de revêtement ont proliféré. Cellules embryonnaires disséminées en nombre souvent considérable dans la zone périacineuse. Il n'y a rien là, cependant, qui ressemble à la figure du tubercule isolé, rien qui puisse faire poser un diagnostic certain. De plus, les préparations faites par la méthode de Fraenkel ne m'ont, dans cette région, montré aucun bacille.

OBSERVATION XXXIII

Inédite. Du professeur J.-L. Reverdin.

H. L., 19 ans, domestique, née à Genève, se présente à l'Hôpital cantonal de cette ville pour une tumeur du sein droit.

Rien à noter de particulier du côté des parents de la malade ; elle a perdu une sœur, à l'âge de 9 ans, de méningite tuberculeuse. Une autre sœur est idiote.

Etant enfant, la jeune fille a eu la rougeole, la coqueluche et une kératite scrofuleuse à 18 ans.

Réglée à 15 ans, sans douleur ; les époques sont régulières, peu abondantes ; pas de leucorrhée. N'a jamais accouché. Pas de toux, jamais d'hémoptysies, ni de sueurs nocturnes. Pas de traumatisme sur le sein.

Quant à l'affection qui amène la malade à la clinique, elle aurait commencé, au mois de mars 1889, par une petite tumeur siégeant dans l'aisselle droite. Cette grosseur augmente peu à peu et s'accompagne de douleurs.

Au mois de juin, un médecin incise la tuméfaction, il s'en écoule du pus. A ce moment-là, la tumeur du sein était grosse comme une noisette ; c'est la première fois que la malade s'en est aperçue.

Le 19 juin, la jeune fille part pour les bains de mer ; elle y passe six semaines. La plaie de l'aisselle continue

à suppurer pendant tout ce temps; ce n'est qu'à son retour à Genève que la fistule tarit.

De son côté, la tuméfaction du sein continue à grandir sans causer d'autres douleurs que des élancements se faisant sentir de temps à autre. C'est à ce moment que la jeune fille est reçue à l'Hôpital.

C'est une jeune personne bien nourrie, cependant un peu boursoufflée, d'aspect scrofuleux.

Les différents systèmes de son économie ne présentent rien de spécial à noter.

On constate que le sein droit est plus petit que le gauche et qu'il est tombant.

Son mamelon est plus bas que celui du côté gauche, à part cela il est normal à la vue. La peau de la région ne présente rien de particulier.

À la palpation, on sent sur la ligne mammaire, dans la moitié supérieure du sein, une tuméfaction ovale à grand diamètre transversal, de la grandeur d'une petite pomme. Les limites de cette tumeur sont assez nettes; cependant, vers le bas, elle se continue avec le reste de la glande, sans limites bien précises. La surface présente de petites bosselures dures, surtout vers le bord axillaire. La consistance en est dure, élastique et fluctuante, égale partout.

La peau est mobile sur la tumeur, celle-ci n'adhère pas aux parties profondes, elle est mobile avec la glande.

Température générale et locale normales.

Pas d'exagération de la sensibilité spontanée ni provoquée, sauf quelques élancements douloureux de temps en temps.

Cicatrice rosée dans l'aisselle.

Deux ganglions hypertrophiés et collés l'un à l'autre dans l'aisselle.

La malade est soumise à un traitement général, soit huile de foie de morue et pilules d'iodoforme.

Diagnostic : une tuberculose mammaire (abcès) avec tuberculose des ganglions axillaires.

Le 13 décembre 1889, opération. La malade est endormie à l'éther, la région bien désinfectée, on incise la peau à la surface de la tuméfaction du sein de haut en bas et légèrement de dehors en dedans, dans le sens d'un rayon, le mamelon étant le centre.

On arrive, en procédant ainsi couche par couche, jusque dans la cavité de la tumeur. Celle-ci contient un pus verdâtre, épais, avec des grumeaux blancs, jaunâtres;

les parois en sont tapissées d'une membrane fongueuse de couleur rougeâtre, se laissant facilement détacher à la curette.

En dehors de celle-ci existe une paroi plus épaisse, plus dense, formée de tissu blanchâtre, se continuant avec le reste de la glande, sans ligne de démarcation bien nette.

On enlève avec le bistouri un fragment triangulaire de ce tissu, comprenant un peu moins du quart de la glande, on arrive dans la profondeur jusqu'au muscle grand pectoral.

On constate, dans l'épaisseur de cette coque, des nodosités qui, incisées, laissent sourdre une goutte de pus, puis s'affaissent en formant des cratères à parois plus grises que la paroi de la grande cavité. Dans quelques points où ces nodosités sont plus grandes, on trouve de vraies fongosités dans leur intérieur.

En disséquant la membrane, on avait ouvert un de ces foyers semblables, situé dans la partie la plus rapprochée du mamelon. Ce fait avait obligé de reculer davantage la ligne de dissection.

On passe ensuite à l'extirpation des ganglions axillaires ; dans ce but, on incise la région dans sa partie moyenne. Les ganglions sont difficiles à extirper, parce qu'ils sont agglomérés ensemble par une forte périadénite ; on parvient cependant à les extirper tous. L'un d'eux atteint le volume d'une noix ; une fois enlevés, on trouve, en les examinant, qu'ils sont beaucoup plus nombreux que la palpation ne l'avait indiqué et qu'une grande partie d'entre eux sont déjà caséifiés.

On fait l'hémostase, on réunit, par des sutures perdues, au catgut, les parties profondes de l'aiselle. L'incision de la peau est suturée à la soie en surjet.

Deux drains assurent l'écoulement des liquides par une contr'ouverture postero-inférieure. Un troisième drain est placé ensuite dans la partie inférieure de l'incision du sein. Les tissus profonds sont mis en contact par quelques fils de catgut. Les lèvres de la plaie cutanée sont adossées par une suture en surjet à la soie.

Pansement au naphtol β . Eponges et coton phéniqués. L'opération a duré cinquante-trois minutes.

Les suites en sont normales ; guérison complète par première intention le 31 décembre. Le sein opéré est légèrement moins bombé que le gauche ; on ne sent point d'induration ni dans la profondeur de la glande ni

dans l'aisselle ; aucune cicatrice n'est adhérente. L'état général est très satisfaisant.

La malade, revue à la fin de février 1890, continue à bien aller ; elle se plaint cependant de quelques légères douleurs au niveau de la cicatrice, qui a pris l'aspect un peu chéloïde. Sauf cela, l'état local et général restent excellents.

La malade, revue encore le 25 avril 1890, continue à très bien aller, et ne présente aucune trace de récidive.

De même que pour l'observation précédente, voici les renseignements microscopiques, dus à la complaisance de M. Mayor, et qui concernent ce dernier cas :

Sur la surface de la coupe, tous les lobules de la glande paraissent altérés. Les moins malades, et ils sont rares, sont simplement augmentés de volume. Leurs acini, élargis, sont tapissés de plusieurs rangs de cellules, quelques-unes fort volumineuses : certains d'entre eux sont absolument remplis de cellules polyédriques. La zone conjonctive périacineuse est épaissie, gorgée de sucs, infiltrée de cellules rondes ; rares d'abord, puis de plus en plus nombreuses, à mesure que la lésion intracineuse est plus accentuée, les cellules embryonnaires finissent par constituer des nappes qui enserrrent les culs-de-sacs ; et, graduellement alors, les cellules de ceux-ci se tassent, se confondent en blocs irréguliers.

A un degré plus avancé, la masse embryonnaire semble se rapprocher de l'état fibreux, en ce sens que les cellules deviennent plus rares, s'allongent en fuseau ; mais sa substance intercellulaire, au lieu de se colorer vivement en rose par le picro-carmin, garde une teinte jaune-rougeâtre. Ces masses fibroïdes, cohérentes entre elles, dessinent encore la forme générale des acini et figurent un lobule devenu énorme. Au centre de chacune d'elles se voient, habituellement, les débris des cellules glandulaires, le plus souvent sous forme de blocs plus ou moins homogènes, où se rencontrent quelques noyaux vivement colorés en rose, et qui affectent ainsi la figure de cellules géantes. Ici, par conséquent, la cellule géante serait d'origine épithéliale.

L'aspect qui résulte de ces diverses altérations est tout à fait spécial ; il ne peut caractériser que la tuberculose mammaire. Et du reste, l'examen, au point de vue bactériologique, pratiqué suivant la méthode de Fränkel, est venu confirmer ce diagnostic.

D'autre part, le ganglion examiné était lui-même tuberculeux à n'en pas douter, occupé en bonne partie par une masse caséuse, les régions périphériques offrent encore quelques débris de sa structure primitive, entremêlés de nappes conjonctives plus serrées que parsemées de nombreux follicules tuberculeux typiques. Dans ces follicules, les bacilles ont également été décelés par la même méthode.

Des bacilles ont également été trouvés dans ce cas par le docteur Dupraz.

OBSERVATION XXXIV

Inédite. Du docteur *Kummer*, chirurgien de l'Hôpital Butini.

M^{lle} E. G..., 16 ans, Savoyarde, appartient à une famille non tuberculeuse; son père est mort d'une pneumonie, sa mère est bien portante, ainsi que son frère, âgé de 21 ans.

Elle-même a joui d'une bonne santé dans son enfance, n'a pas fait de maladie, sauf une rougeole, dont elle s'est bien guérie; bien que s'enrhumant quelquefois l'hiver, elle n'a jamais eu d'hémoptysie ni aucun autre signe de tuberculose.

Réglée depuis un an et demi, les époques ont toujours été irrégulières pendant les six premiers mois, puis ont cessé pour ne plus reparaitre jusqu'à maintenant (mars 1889).

A 14 ans, la jeune fille a souffert de ganglions scrofuleux, développés des deux côtés du cou, mais n'ayant jamais suppuré; ils ont disparu petit à petit, spontanément.

Peu après, crevasses au nez et aux lèvres, guéries également.

A la fin du mois de juin 1889, la malade éprouve, sans cause appréciable, de la douleur dans l'aisselle gauche; en se palpant, elle n'y sent point de glande enflammée. Environ trois semaines plus tard, la jeune fille remarque que l'enflure se localise surtout sur le sein gauche, dans son quart supéro-externe; bien que souff-

frant de douleurs assez vives et d'un peu de fièvre, elle continue à travailler ; au bout de quelques jours, on lui ouvrit un abcès sous le mamelon, on en voit encore la cicatrice.

Cette opération la soulagea beaucoup ; le pus évacué était assez épais, au dire de la jeune fille. Peu à peu la plaie guérit, mais il se reforma un deuxième abcès au-dessus du mamelon ; on l'incisa également, la plaie laissa couler pendant longtemps un pus séreux, grumeleux et finit par se fermer cependant ; un troisième abcès s'ouvrit tout à côté du deuxième, il était semblable aux autres ; une fistule en résulta, elle persiste encore aujourd'hui ; le mamelon, à son tour, était tiré en haut et en dehors et n'était plus aussi proéminent qu'à droite. En même temps (juillet 1889), la malade remarqua que le bord antérieur de l'aisselle gauche se rétractait, sans douleur. Enfin, à part une otite suppurée, survenue dans le mois de novembre de la même année, ayant cédé à quelques soins, la jeune fille s'est assez bien portée.

L'auscultation et la percussion des poumons ne montrent rien de pathologique, l'abdomen est sain également, les urines sont normales.

En examinant les seins (voir planche I), on trouve ceux-ci fortement développés pour l'âge de la jeune fille. Le sein droit est normal, tandis que le gauche est un peu plus petit et moins tombant. Son mamelon, tiré en haut et en dehors, est beaucoup moins saillant qu'à droite, il est même rétracté, enfoncé. Au-dessous de lui se voit la cicatrice brunâtre de la première incision sus-mentionnée ; au-dessus, se trouvent plusieurs dépressions auxquelles correspond l'orifice des fistules, irrégulier, à bords déchiquetés, à fond grisâtre, suintant un liquide séro-grumeleux. La peau qui entoure ces fistules est amincie, rouge-violacée, décollée, luisante ; plus en dehors, elle est légèrement hyperémiee.

La palpation dénote, à son tour, une infiltration dure, noueuse, répondant aux fistules et aux parties recouvertes par la peau altérée ; elle se continue dans le creux de l'aisselle, où l'on sent un gros paquet de ganglions hypertrophiés, recouverts de peau amincie et adhérente ; on trouve aussi des parties indurées dans le quart supéro-interne du sein, où l'on constate la présence de deux taches cutanées, de couleur rose-violacée. Quant à sa partie inférieure, elle est saine. L'opération étant dé-

cidée, on y procède le 18 janvier 1890. A cet effet, après avoir endormi la malade, toutes précautions antiseptiques étant rigoureusement suivies, on incise les téguments à partir de la fistule externe du sein jusque dans le creux axillaire. On tombe ainsi dans un trajet rempli de fongosités, reliant la partie externe du sein au bord antérieur du creux axillaire. On fait l'excision exacte de toutes ces fongosités offrant tout à fait l'image de la tuberculose ; on y remarque, en effet, des nodules grisâtres dispersés dans un fond brunâtre. On relie ensuite, par une deuxième incision, la fistule interne à la fistule externe ; on arrive ainsi dans un nouveau trajet rempli de fongosités, que l'on excise également avec soin. Ces fongosités empiétant sur le tissu glandulaire, on est obligé d'enlever la partie supéro-externe de la glande mammaire.

Une troisième incision relie les deux taches rouges cutanées sus-mentionnées, siégeant dans la partie supérieure et interne du sein. On constate, là aussi, la présence de foyers fongueux ; mais ces derniers n'intéressent aucunement la glande et siègent seulement dans le tissu cellulaire sous-cutané ; de même que les autres foyers, on excise ces fongosités superficielles jusqu'à ce que l'on arrive dans le tissu sain ; on agit ainsi de la même façon qu'on le ferait en présence d'une tumeur maligne.

Du côté du creux de l'aisselle gauche, où l'on sent un gros paquet de ganglions, on procède à son curage ; pour cela, on prolonge jusqu'au bord interne du muscle coraco-brachial la première incision venant du sein. Ceci permet de dégager facilement la partie supérieure de la veine brachiale, mais la veine axillaire adhère tellement aux ganglions qu'on ne peut songer à l'isoler ; on est forcé de la lier ; ce vaisseau est double à cet endroit. Il en est de même pour l'artère axillaire, on y place un fil au-dessus de la bifurcation du nerf médian.

Les nerfs peuvent être séparés, et sont ainsi respectés. De cette façon, on a pu complètement enlever tous ces ganglions, caséeux pour la plupart, présentant tous les caractères macroscopiques des ganglions tuberculeux. La plaie étant soigneusement désinfectée au sublimé, on la recouvre d'une simple couche de gaze iodiformée ; par dessus, on applique de la gaze stérilisée, chiffonnée, qu'on fixe par un pansement compressif.

Une légère élévation de température, survenue le deuxième jour, est rapidement amendée au moyen de

compresses boriques, qui remplacent le pansement primitif.

Le septième jour, on fait la suture secondaire de la plaie, qui guérit alors par première intention, et le 3 février, soit quinze jours après, la malade quitte la clinique. On la revoit le 7 février et l'on constate que les poulx radial et cubital sont bien revenus au poignet.

La ligature de l'artère et de la veine axillaire n'ont jamais provoqué ni trouble de sensibilité ni œdème.

La malade, revenue le 24 mai 1890 (voir la photographie pl. n° II), jouit d'une excellente santé et ne présente aucune trace de récurrence, ni du côté du sein ni dans l'aisselle. Le sein gauche est seulement un peu moins volumineux que le droit, son mamelon est légèrement tiré en haut et en dehors.

Dans le but d'obtenir une preuve encore plus évidente de la nature tuberculeuse de l'affection que nous venons de raconter, on a inoculé, le jour de l'opération, soit le 18 janvier, un cochon d'Inde. Après avoir rasé son abdomen et l'avoir désinfecté, d'abord à l'alcool, puis au sublimé, on l'inocule de chaque côté de la ligne blanche; d'un côté on introduit sous la peau des fragments de fongosités enlevées dans les trajets fistuleux du sein, et de l'autre, des parcelles provenant des ganglions axillaires caséifiés, on ferme les deux petites plaies au moyen de quelques fils de soie.

Malheureusement, l'animal meurt le 1^{er} février d'une affection intercurrente, sans que l'infection tuberculeuse ait eu le temps de se manifester. Les deux plaies abdominales ne montrent aucune réaction inflammatoire; on ne trouve point de ganglions axillaires ou inguinaux, point de tuberculose dans les organes internes.

N. B. — Au moment où nous achevons notre travail, nous recevons, de Bâle, une étude sur la tuberculose mammaire (E. Berchtold. Thèse. Bâle 1890.) dont nous n'avons pu faire mention dans le cours de notre travail.

BIBLIOGRAPHIE

A

ASTLEY-COOPER. — Œuvres chirurgicales. Maladies du sein, 1836.

B

BILLROTH, — Tuberculose du sein. Deutsche Chirurgie. P. 30. Vol. 41.

BRYANT. — The diseases of the breast, 1888.

BÉRARD. — Diagnostic différentiel des tumeurs du sein, 1842.

BARDY. — De l'abcès chronique du sein. Thèse. Paris, 1876.

C

CRANDALL. Chronic abcess of the mammary gland, 1883. Boston méd. and surg. journal II, p. 224.

CORNIL ET RANVIER. -- Histologie pathol., 2^{me} édit. page 736 et 1^{re} édit. p. 1163.

COLEY. — On lymphatic Tumour in the female breast in the Lancet, 1848, T. I, p. 579 et Archives gén. de méd., 1849, T. XIX, p. 92.

D

DUBAR. — Des tubercules de la mamelle. Thèse. Paris, 1881.

DURET. — Tuberculose mammaire et adénite axillaire. Progrès méd. Paris, 1882. N° 9.

DUBREUIL. — 1^o Tuberculose mammaire. Gaz. méd. Paris, 28 avril 1888.

2^o Tuberculose mammaire. Gaz. hebdomadaire des Sc. méd. de Montpellier, 12 juillet 1890.

F

FOLLIN ET DUPLAY. — Traité de pathologie externe.

G

- GROMO. — Thèse. Paris, 1878. Des gommés du sein.
GANT. — Science and practice of surgery. Vol. II, p. 523.

H

- HABERMAAS. — Ueber die Tuberculose der Mamma. Beiträge zur klin. Chirurgie von Bruns. Vol. II, p. 44, 1886.
HORTELOUP. — Tumeur du sein chez l'homme. Thèse. Agrégat., 1872.
HOLMES. — System of surgery, 1871.
HEBB. — Transactions of the pathol. soc. of London, 1888, p. 447.

J

- JOHANNET. — Tumeur tuberculeuse du sein avec tubercules pulmonaires. (Revue médico-chirurgicale, T. XIII, p. 301, 1853.)

K

- KLOTZ. — Archives de Langenbeck. T. XXV, p. 66, 1880.
KËNIG. — Traité de pathologie. Traduct. Comte, 1889.
KOLESSNIKOW. — Archiv. Virchow, 1877. Bd. 70, p. 531.

L

- LE DENTU. — Revue de chirurgie, 1881, p. 27.
LEUDET. — De l'hypertrophie de la mamelle chez les hommes atteints de tuberculose pulmonaire. 1886. Archiv. génér. de méd., p. 18.

M

- MACKELLAR. — Tuberculose du sein. Opération. Lancet. 1^{er} juin 1889.

N

- NÉLATON. — Thèse d'agrégation, 1839.

O

- OHNACKER. — In Archiv. Langenbeck. T. XXVIII, p. 366. 1882. Die Tuberculose der weiblichen Brustdrüse.
- ORTHMANN. — Über Tuberculose der weiblichen Brustdrüse. Archiv. f. patholog. Anat. und Physiologie. Vol. 100, p. 365, 1885.

P

- POIRIER. — Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme. 1883. Paris.
- PISKACEK. — Über die Tuberculose der Brustdrüse. Medicinische Jahrbücher, 1887, p. 613.
- POULET ET BOUSQUET. — Traité de pathologie externe. Vol. II, p. 834.

R

- RICHET. — Tumeurs tuberculeuses de la glande mammaire. Gaz. des hôpitaux, 1880.

S

- SCHUCHARDT. — Archiv. für klinisch. chirurg. Vol. XXXI, p. 1-58.
- SHATTOCK. — Abscess tuberculeux du sein. Path. Soc. of London, 21 mai 1889.
- SOUPLET. — Tuberculose de la mamelle simulant un carcinôme. Bull. Soc. anatom. Juin 1886, p. 443.

V

- VELPEAU. — Maladies du sein, 1854.
- VALUDE. — Du traitement chirurgical des néoplasmes mammaires. Paris, 1885.
- VERCHÈRE. — Des portes d'entrée de la tuberculose. Thèse. Paris, 1884.
- VIRCHOW. — 1^o Pathologie des tumeurs. T. III, p. 125.
2^o Traité des inflammations.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

	Pages
<i>Introduction</i>	5
CHAPITRE I <i>Historique</i>	7
— II <i>Etiologie</i>	13
— III <i>Anatomie pathologique</i>	19
— IV <i>Symptomatologie</i>	44
— V <i>Diagnostic</i>	55
— VI <i>Pronostic</i>	66
— VII <i>Traitement</i>	68

DEUXIÈME PARTIE

<i>Observations</i>	73
<i>Bibliographie</i>	111

EXPLICATION DE LA PLANCHE III

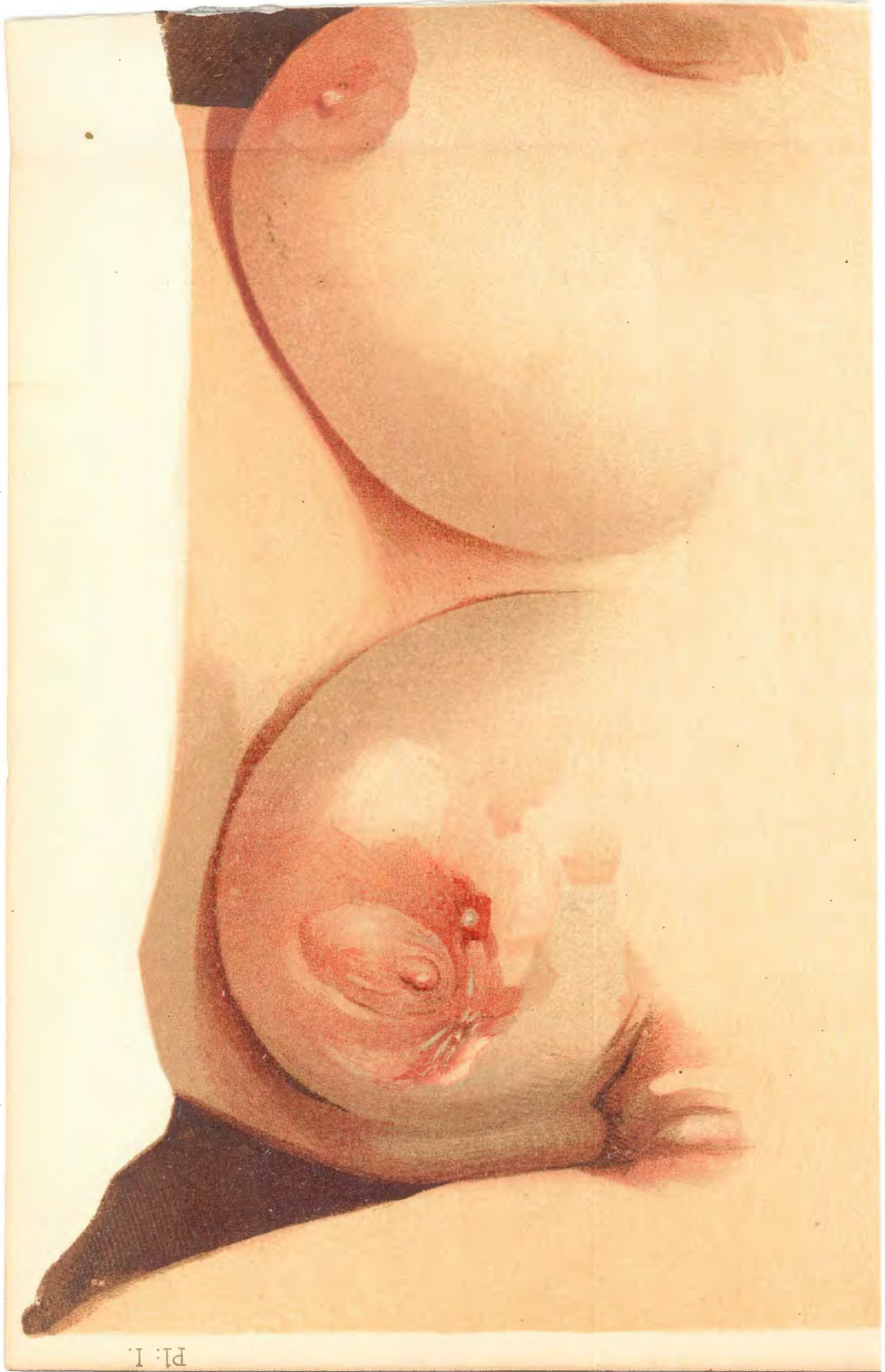
- AA *Trajets fistuleux conduisant dans la cavité.*
 - BB *Diverticules de la cavité centrale.*
 - C *Coque fibreuse.*
 - D *Tubercules disséminés dans la coque fibreuse.*
 - E *Reste de la glande mammaire.*
 - F *Fausse membrane tapissant la cavité.*
-

*La Faculté de Médecine autorise l'impression
de la présente thèse, sans prétendre par là émettre
d'opinion sur les propositions qui y sont énumérées.*

Prof.-Dr S. LASKOWSKI,

Doyen de la Faculté.

Genève, le 22 Janvier 1891.



Pl. I.

Observation XXXIII



