

Thèse sur cette question: des tumeurs de la mamelle / [Auguste Nélaton].

Contributors

Nélaton, Auguste, 1807-1873.
Université de Paris.

Publication/Creation

Paris : Félix Locquin, 1839.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/sn6mk9su>

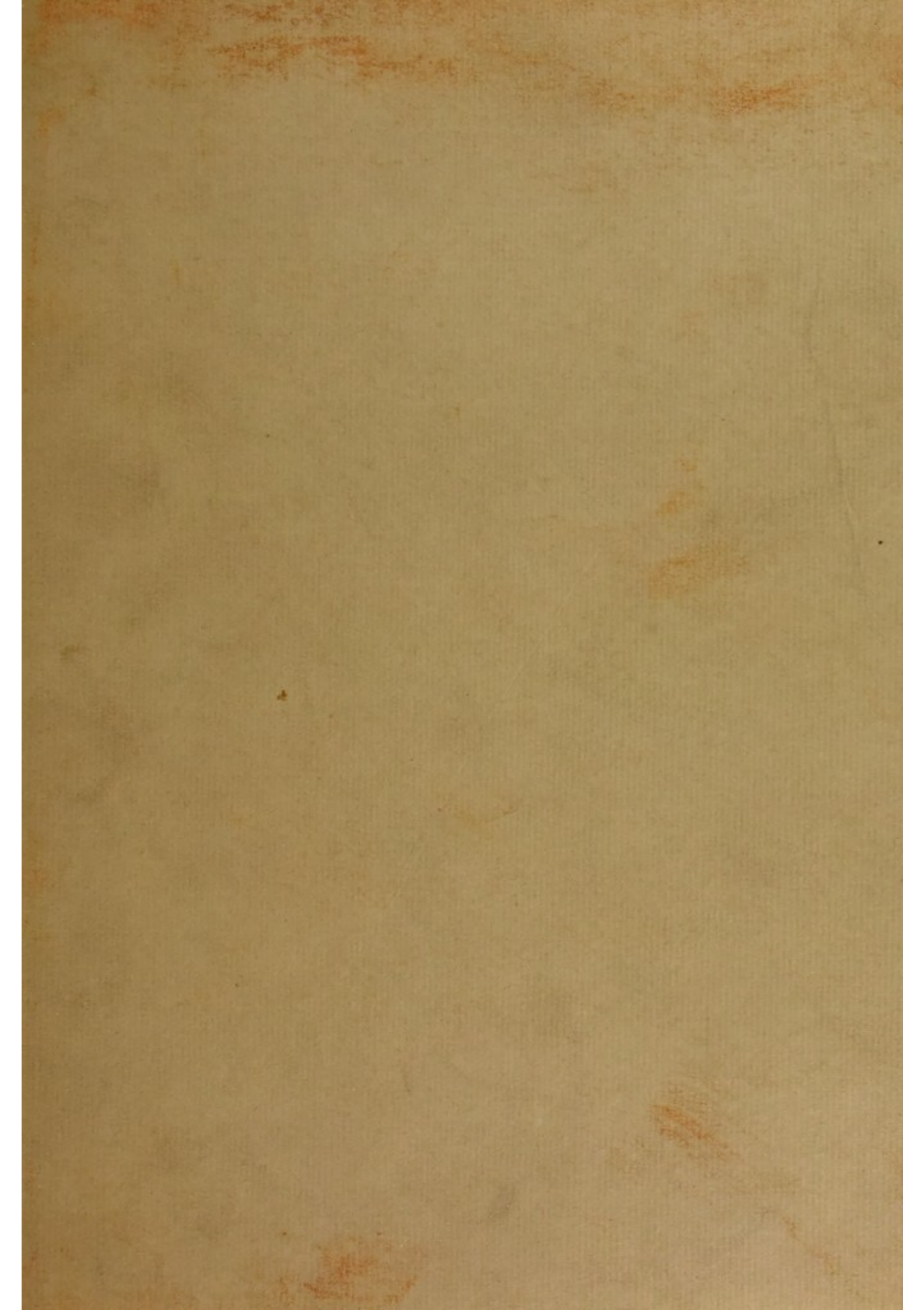
License and attribution


This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>





Digitized by the Internet Archive
in 2016

<https://archive.org/details/b22014810>

Faculté de Médecine de Paris.

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION.

SECTION DE CHIRURGIE.

THÈSE

SUR CETTE QUESTION :

DES TUMEURS DE LA MAMELLE,

PAR A. NÉLATON,

Docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux et hospices civils de Paris, membre de la
Société anatomique et de la Société médicale d'observation.

PARIS

FÉLIX LOCQUIN ET COMPAGNIE,

IMPRIMEURS ET FONDEURS EN CARACTÈRES,

16, rue Notre-Dame des Victoires.

1839



JUGES.

MM. MARJOLIN, Président.

LAUGIER, Secrétaire

P. DUBOIS.

ROBERT.

ROUX.

SANSON.

VELPEAU.

COMPÉTITEURS.

MM. ANDRAL

BOINET.

CAMUS

DENONVILLIERS. 8. —

DIDAY.

DUFRESSE.

MM. W. GERDY. 3. —

GINIEZ.

MAISONNEUVE.

MARCHAL.

NÉLATON. 1. —

RIGAULT. 4. —

304851



DES TUMEURS DE LA MAMELLE.

On peut dire d'une manière générale qu'il y a tumeur de la mamelle, 1° quand la mamelle présente une exagération pure et simple de son volume ; 2° quand elle est surmontée d'une saillie anormale circonscrite ou diffuse ; 3° quand elle renferme quelque production qui , sans altérer son volume , détermine dans sa consistance une modification que le toucher fait reconnaître.

Les différentes altérations du sein, qui rentrent dans l'une des trois divisions précédentes, sont en nombre considérable ; mais elles sont loin de présenter toutes la même importance ; nous devons donc faire un choix parmi elles, et commencer par éliminer celles qui n'offrent qu'un intérêt secondaire.

Nous signalerons en première ligne dans cette exclusion les gonflements du sein qui viennent à l'époque de la puberté chez les garçons ; ceux que l'on observe à chaque époque menstruelle ; ceux qui sont déterminés par la grossesse (1). Ces tu-

(1) M. Montgomery, professeur d'accouchements à Dublin, a décrit des petits tubercules, gros comme des grains de millet, qui se développent quelquefois autour du mamelon, dans la dernière moitié de la gestation ; ces petites tumeurs n'ont d'intérêt que comme signe de grossesse, et ne doivent pas nous occuper ici.

méfactsions de la mamelle sont passagères comme la cause qui les produit ; elles sont d'ailleurs liées à l'accomplissement d'une fonction physiologique et sortent par là même du cadre des altérations morbides du sein.

D'autres tumeurs du sein, bien que réellement *pathologiques*, ne méritent pas davantage de fixer notre attention ; ce sont celles qui, étant superficielles et communes à toutes les régions du corps, peuvent se rencontrer également sur les mamelles, mais qui ne retirent de ce siège aucune modification, soit dans leurs symptômes, soit dans leurs indications thérapeutiques : de ce genre sont l'érysipèle, l'œdème, l'emphysème, la pustule maligne, l'antrax, le furoncle, etc.

Cette double élimination étant faite, il nous reste encore un assez grand nombre de tumeurs du sein qui nous occuperont uniquement. De ces tumeurs les unes sont propres à la mamelle ; les autres sont, il est vrai, communes aux différentes parties de l'économie. Mais elles présentent quelque chose de spécial par le seul fait de leur développement dans le sein. Ce sont là les deux ordres de lésions que l'on désigne plus particulièrement dans le langage chirurgical sous le nom de tumeurs de la mamelle. Ils renferment :

- 1° L'hypertrophie.
- 2° Le phlegmon et les abcès.
- 3° Les abcès chroniques.
- 4° Les collections sanguines.
- 5° La tumeur mammaire chronique.
6. Les lipômes.
- 7° Les tumeurs fongueuses sanguines.
- 8° Les tumeurs fibreuses et osseuses.
- 9° Les tubercules.
- 10° Les kystes.
- 11° Les hydatides.

12° Les concrétions calculeuses.

13° Les tumeurs cancéreuses.

14° Les tumeurs composées.

Le simple énoncé de ces différentes tumeurs montre assez la difficulté extrême, ou pour mieux dire l'impossibilité de les classer d'une manière méthodique. Je me contenterai donc de les exposer successivement dans l'ordre où je les ai énumérées, qui diffère peu de celui adopté par M. Velpeau, dans son *Traité des maladies du sein*, ouvrage dans lequel j'ai pris d'amples et utiles documents.

CHAPITRE I^{er}.

HYPERTROPHIE DE LA MAMELLE.

Il n'est pas rare de voir les mamelles prendre un accroissement qui ne semble nullement en rapport avec le développement général du sujet ; une femme petite et maigre, dont le système musculaire se trouve réduit aux proportions les plus mesquines, présente des seins qui égalent, surpassent même quelquefois le volume normal de ces organes chez une femme robuste et bien conformée. Lorsque ce développement ne dépasse pas certaines limites, il n'en résulte pour la femme aucune incommodité, et cet état ne mérite pas, à proprement parler, le nom de maladie ; mais il n'en est plus de même lorsque les mamelles prennent un accroissement excessif ; on voit alors apparaître des symptômes assez graves et qui méritent de fixer l'attention du chirurgien. Cette lésion constitue ce qu'on a décrit sous le nom d'*hypertrophie de la glande mammaire*.

Bien que cette maladie se trouve déjà indiquée dans Galien (1),

(1) *De differentiis morborum*, c. ix.

elle avait à peine fixé l'attention des auteurs anciens ; quelques uns se bornent à signaler les cas qui sont venus à leur connaissance, comme des faits propres seulement à exciter la curiosité ; mais aucun n'a cherché à faire l'histoire pathologique de cette affection : aussi la plupart des observations n'ont-elles, pour ainsi dire, qu'une valeur numérique, car elles manquent des détails nécessaires pour nous faire connaître le caractère de la maladie. Il faut noter en outre que plusieurs de ces observations que l'on a données comme des exemples d'hypertrophie de la mamelle, doivent être rapportées à d'autres affections. Telle est, par exemple, celle d'Osiander qui doit, sans nul doute, être rangée parmi les cas de tumeur cancéreuse siégeant dans la mamelle ; telle est encore celle que l'on trouve dans les *Éphémérides* des curieux de la nature, et qui a été reproduite par les traducteurs d'Ast. Cooper. Cette observation, en effet, ne saurait nullement être considérée comme appartenant à l'hypertrophie de la mamelle ; il s'agit seulement dans ce cas d'un gonflement des deux seins survenu brusquement pendant une nuit, à la suite d'une suppression de règles, gonflement qui ne tarda pas à disparaître lorsque le flux menstruel fut rétabli.

Mais heureusement, ils'est rencontré des observateurs qui ont vu dans cette maladie quelque chose de plus qu'un objet de curiosité, qui l'ont envisagée avec toute l'attention que mérite une maladie généralement grave ; et c'est d'après leurs observations que nous pouvons essayer aujourd'hui d'en tracer une histoire générale. Tantôt l'excès de nutrition porte spécialement sur la glande mammaire, tantôt sur le tissu adipeux ambiant, ou interlobulaire, tantôt sur les cloisons et les lames qui séparent et enveloppent les lobes du tissu glanduleux. De là trois variétés dans l'hypertrophie de la mamelle, variétés qui, à la vérité, se trouvent souvent réunies : 1° *hypertrophie glandulaire*, 2° *hypertrophie adipeuse*, 3° *hypertrophie fibro celluleuse*.

Je ne parlerai dans ce chapitre que des deux premières variétés ; quant à la troisième, elle n'est, ainsi que l'indique M. Velpeau, qu'une conséquence des autres affections du sein, et spécialement des engorgements phlegmoneux ; elle sera décrite à l'occasion de cette maladie.

§ 1^{er}. *Hypertrophie glandulaire.*

W. Durston (1) rapporte qu'une jeune fille, d'une constitution délicate, de petite taille, mais bien portante d'ailleurs, se réveillant un matin du mois de juillet 1669, après un sommeil tranquille, s'aperçut que ses mamelles avaient pris tout à coup un volume tellement considérable, qu'elle ne pouvait changer de position dans son lit ; la pesanteur des seins était telle, que force lui fut de rester couchée sur le dos ; du reste, elle n'éprouvait aucune douleur dans les mamelles ou dans d'autres parties du corps. Le sein droit était un peu moins volumineux que le gauche, le premier avait trente-un pouces de circonférence, et le deuxième trente-sept pouces et demi ; de la clavicule à la partie la plus déclive du sein droit, il y avait une étendue de dix-sept pouces et demi, et dix-neuf et demi pour le côté gauche ; la largeur du sein droit, quand la malade était couchée, était de treize pouces, celle du gauche de seize et demi.

Plusieurs médecins appelés en consultation proposèrent l'amputation ; mais Durston s'y opposa, et essaya de guérir la malade avec des fomentations émollientes légèrement chaudes ; puis il prescrivit des purgatifs ; les seins diminuèrent un peu de volume. Comme les règles n'avaient point paru depuis six mois, on employa les diurétiques et les emménagogues qui semblaient promettre quelque chose ; la saignée fut aussi pra-

(1) *Philosophical trans.*, n. 52, vol. II, 1669, p. 1047-1068.

tiquée. Plus tard, il se manifesta sur les seins et sur d'autres parties, notamment autour des organes sexuels, quelques ulcérations superficielles qui rendaient chaque jour une assez grande quantité d'humeur séreuse. On essaya inutilement l'application des cautères et des scarifications profondes sur la mamelle; peu à peu le sommeil et l'appétit disparurent; les douleurs des seins devinrent plus vives; la maigreur fut bientôt très grande, et la malade mourut à la fin d'octobre, trois mois après l'invasion du mal.

Le sein gauche, examiné après la mort, pesait soixante-quatre livres, et, après l'avoir incisé, on n'y trouva ni liquide, ni tumeur cancéreuse; enfin, rien d'anormal, si ce n'est cette hypertrophie monstrueuse. Les conduits excréteurs et le parenchyme de la glande étaient blancs et résistants (*solide*). On pensa que la mamelle droite, qui ne fut point amputée, pouvait peser quarante livres.

Bien que l'observation précédente présente des détails singuliers qui pourraient faire naître quelque défiance dans l'esprit du lecteur, j'ai cru devoir la citer ici, à cause de la précision avec laquelle le volume de la tumeur est indiqué, et, en outre, parce que la nature de la maladie fut constatée par l'inspection cadavérique.

Le docteur Huston rapporte l'observation suivante (1). La menstruation s'établit pour la première fois chez une jeune négresse âgée de quatorze ans, et ne reparait plus ensuite. Bientôt les mamelles s'hypertrophient par degrés. Dans l'espace de deux ans elles acquièrent un volume prodigieux, sans que la jeune fille soit moins vive, moins leste, moins habile à grimper aux arbres. Enfin, à l'âge de seize ans, l'un des seins s'ulcère à la suite d'une violente contusion; la douleur est

(1) *American journ.* août 1834.

très vive, la gangrène et la fièvre hectique surviennent, la mort suit de près. A l'autopsie, on trouve que la mamelle gauche a quarante-deux pouces de circonférence, et pèse vingt-trois livres. (Un peu plus de trois pieds et de dix-sept livres de France.) La mamelle droite n'a que trente-quatre pouces, et pèse seulement douze livres. Malgré ce volume énorme, dû exclusivement à l'hypertrophie de la glande mammaire et du tissu cellulaire ambiant, on n'observe pas la plus légère altération organique dans ces parties; les autres organes ont leur volume naturel, les jambes mêmes sont fortes et musculeuses, les bras seuls sont un peu émaciés, les ovaires sont un peu plus développés qu'à l'ordinaire, mais sains; la surface interne de l'utérus est couverte aux deux tiers d'une exsudation de lymphé coagulable.

J'emprunte à l'excellente Dissertation de Charles Kober (1) une troisième observation qui est très propre à faire reconnaître quelle est la marche ordinaire de la maladie. Une femme de 29 ans, d'une constitution faible et délicate, pâle, pauvre et mal nourrie, avait naturellement les seins gros et d'une grande mollesse, elle jouissait d'ailleurs d'une bonne santé. A 16 ans apparition des règles; à 25 elle devint enceinte et sa grossesse ne présenta rien de remarquable; elle accoucha heureusement; et si l'on excepte la lactation qui ne put se faire, les suites de couches se passèrent bien. Les seins devinrent alors remarquablement volumineux. Deux ans après, seconde grossesse pendant laquelle les seins, et surtout le gauche, augmentent considérablement. La malade entra à l'hôpital Clinique de Berlin, le 19 janvier 1827, le poids des seins était alors tel que la malade pouvait à peine le supporter. Les mamelles étaient également dures au toucher, la pression n'y

(1) Carolus Kober. — *Dissertatio inauguralis medica, sistens observationem, incrementi mammarum variorem*. Lipsiæ, 1829.

déterminait aucune douleur; mais la malade éprouvait quelquefois une douleur subite et passagère qu'elle comparait à une sensation de piquêre. La coloration des téguments était naturelle.

Vers le huitième mois de la grossesse, le 15 mars 1827, elle accoucha d'un enfant mort; dès lors le volume anormal des mamelles disparut en partie, surtout pour la gauche, ainsi que les douleurs. Cependant il survint un œdème qui occupait les extrémités inférieures et même la peau de l'abdomen; le matin il y avait aussi gonflement de la face et des mains; la malade garda le lit, elle se plaignait de fréquentes horripilations alternant avec de la chaleur; anorexie, vertiges, lassitude. Ces symptômes cédèrent à un traitement convenable; la mamelle gauche présentait alors une fluctuation si marquée que le sein semblait être un sac rempli d'eau. La mamelle droite avait au contraire diminué sensiblement de volume. Des scarifications furent pratiquées le 14 avril sur le sein gauche; elles donnèrent issue à une grande quantité de sérosité, le sein fut réduit à un tiers du volume qu'il avait auparavant, et continua à diminuer de volume. Au bout de quelques mois, les forces reviennent, et enfin cette femme peut vaquer à ses occupations, en soutenant les mamelles avec un bandage; elle sortit de l'institut polyclinique à la fin de mai. Au commencement d'août 1828, elle devint enceinte pour la troisième fois; les seins reprennent de nouveau un volume considérable, de sorte qu'au commencement d'avril suivant, le volume des mamelles était porté à un tel point, et les téguments si fortement distendus, qu'on devait craindre une rupture de la peau. A cette époque les dimensions de la tumeur avaient acquis des proportions doubles de celles qu'on avait observées jusque-là; les seins couvraient l'abdomen et en cachaient la saillie. Dans les derniers temps de la gestation, le poids de la mamelle gauche pouvait

être estimé à 20 livres, la chaleur était augmentée, les veines gonflées et distendues. Le 10 mai 1829, la malade accoucha heureusement d'une fille bien constituée, les suites de couches se passèrent bien; quelques légers symptômes fébriles survinrent, un abcès de l'aisselle, qui fut ouvert, donna issue à une grande quantité d'humeur épaisse, blanche, semblable à du lait, et cette ouverture soulagea beaucoup la malade. Au 30 juin les mamelles ont diminué de volume, toutes les douleurs ont disparu, à l'exception d'une sensation obtuse qui existe dans les points où l'incision a été faite, dans le creux de l'aisselle.

L'hypertrophie des mamelles, maladie généralement rare, s'observe, suivant M. Velpeau, plus fréquemment aux Indes, en Amérique, en Angleterre, en Allemagne, qu'en France. Charles Kober, dont j'ai cité l'excellente dissertation, dit que l'on voit assez souvent ce développement considérable des mamelles chez les femmes qui habitent certaines vallées au pied des Alpes; mais je ne crois pas devoir confondre ces cas avec la véritable hypertrophie morbide.

L'étiologie de cette affection est un point assez obscur; on a noté que c'est ordinairement à l'époque de la puberté et dans la première période de l'âge adulte, qu'on la voit apparaître. L'assertion d'Ast. Cooper, qui dit qu'elle se rencontre principalement sur des femmes de 30 à 35 ans, ne me paraît nullement justifiée par les observations que nous possédons. Je doute également que l'on puisse dire, comme M. Fingerhuth, que c'est ordinairement de 30 à 40 ans, qu'on l'observe chez les femmes non mariées. La plupart des sujets qui en sont affectés ne présentent pas un embonpoint considérable; il est au contraire indiqué dans la plupart des observations, que les femmes étaient assez grêles, délicates, maigres et d'un tempérament lymphatique; que cependant, elles avaient présenté un développement précoce des mamelles.

Il est une cause qui paraît avoir une influence marquée sur la production de cette maladie, c'est la suppression de l'évacuation menstruelle, cette circonstance est indiquée dans presque tous les cas ; mais peut-être, a-t-on pris plusieurs fois ici l'effet pour la cause.

La grossesse doit aussi être considérée comme une des causes qui occupent le premier rang. Ainsi nous voyons dans l'observation de Charles Kober, que, pendant la seconde et la troisième grossesse, les seins prennent un développement excessif qui disparaît en partie après l'accouchement. Il en fut de même dans l'observation de Salmuth et de Joerdenius.

Il serait important de décider quelle influence peut exercer l'allaitement, puisque l'on a proposé comme moyen de traitement de provoquer la sécrétion du lait; mais aucune des observations que j'ai recueillies dans les auteurs ne peut éclaircir ce point de la question.

Quant aux autres causes signalées par Fingerhuth, telles que l'usage d'aliments excitants, les attouchements répétés sur les mamelles, les ablutions avec des eaux parfumées tenant en dissolution des substances irritantes, les coups, les compressions exercées sur les seins ; je pense que leur action est extrêmement douteuse, soit comme cause déterminante immédiate, soit qu'elle s'ajoute à une prédisposition constitutionnelle pour produire l'hypertrophie.

L'augmentation de volume de la mamelle constitue le symptôme principal de cette affection; on a vu par les exemples que j'ai cités plus haut, que ce volume est quelquefois énorme ; mais d'autres fois l'accroissement est peu considérable, et alors c'est par la comparaison du volume relatif des deux seins, que l'on peut constater l'accroissement morbide.

Par suite du développement excessif de la glande, la peau des parties voisines, des épaules et du dos se trouve attirée; la mam-

melle s'isole, pour ainsi dire, du tronc auquel elle n'est attachée que par un pédicule plus étroit que le reste de la tumeur; celle-ci est assez régulièrement piriforme et pend au devant de l'abdomen, d'autres fois elle s'élargit en même temps sur les côtés du thorax; dans une observation de Joerdenius nous voyons qu'il existait sur le côté de la mamelle ainsi élargie, un sillon profond dans lequel le bras était logé. Toute la masse présente une tuméfaction uniforme, médiocrement dure, offrant quelquefois des sillons peu prononcés qui indiquent la séparation des lobules mammaires. L'auréole est élargie, le mamelon déprimé et formant le centre d'une excavation superficielle; du reste on ne voit aucun changement de couleur à la peau à moins qu'elle ne soit enflammée par le fait d'une distension excessive, comme cela arrive dans un degré extrême de la maladie. La tumeur est complètement indolente lorsqu'on la palpe ou qu'on la comprime. Quelquefois (mais très-rarement) une douleur subite et vive s'y fait sentir, c'est ce qui a été décrit sous le nom d'hypertrophie avec névralgie.

Ordinairement les deux mamelles sont prises simultanément, d'autres fois il n'y en a qu'une; le plus souvent alors c'est la gauche. Cette prédilection pour la mamelle gauche se manifeste encore lorsque toutes deux sont affectées simultanément, car alors le développement anormal est beaucoup plus prononcé de ce côté que du côté droit.

Cette augmentation de volume a lieu le plus souvent d'une manière progressive et lente; toutefois on observe, dans quelques circonstances un développement assez rapide. C'est ce qui arrive, par exemple, lorsque la malade devient enceinte, ou pendant la durée de la perte menstruelle. Cet accroissement n'est accompagné d'aucune douleur; quelques femmes accusent seulement une sensation de tension, des picotements dans les mamelles; la santé générale ne paraît en rien altérée, et pen-

dant longtemps la tumeur ne gêne que par son poids ; les malades se soulagent alors en prenant une position horizontale. Quelquefois enfin la station droite devient tout à fait impossible

L'écoulement menstruel est ordinairement supprimé ; ou s'il se fait encore, c'est d'une manière tout à fait irrégulière : la perte de sang est très peu abondante, et celui-ci est séreux. Fingerhuth ajoute que le sang retiré par la phlébotomie a une odeur particulière, et contient une grande quantité d'acide carbonique libre.

Chez plusieurs femmes, la voix est manifestement altérée ; elle présente une raucité remarquable, pendant quelques jours, seulement à l'époque menstruelle, ou d'une manière continue.

La respiration est gênée, il survient de la toux, des hémoptysies, une émaciation extrême, et les malades succombent.

Dans d'autres cas la maladie reste stationnaire, quelquefois même on voit la mamelle perdre peu à peu de son volume excessif, et la tuméfaction disparaître, jusqu'à ce qu'une nouvelle cause vienne la reproduire.

L'hypertrophie est quelquefois accompagnée d'une infiltration séreuse très considérable, surtout dans les parties déclives de la tumeur, on voit alors se joindre aux signes propres de l'hypertrophie ceux d'un œdème local ; d'autres fois, la sérosité se trouve rassemblée dans un seul foyer, de manière à former un véritable kyste ; mais ce sont là des complications qui modifient peu la marche ordinaire de l'affection.

Lorsqu'après la mort des malades ou l'extirpation des mamelles, on en examine la structure, on voit que le tissu mammaire n'a point changé de nature. Suivant M. Fingerhuth, « le » tissu cellulaire extérieur à la glande ou interlobulaire est » plus lâche, il contient beaucoup de graisse, les artères ne présentent aucun changement soit dans leur texture, soit dans

» leurs dimensions ; les vaisseaux galactophores sont dilatés ,
 » les veines le sont aussi d'une manière remarquable ; les
 » nerfs ne présentent aucun changement dans leur volume ;
 » quelques points plus résistants et plus durs paraissent privés
 » de la partie médullaire ». L'auteur confond les deux variétés.

On a employé dans le traitement de cette maladie des médications très diverses, qui toutes paraissent avoir amené des guérisons ; tandis que toutes aussi ont échoué dans certains cas : les purgatifs répétés, les émétiques, le calomel à doses fractionnées, les topiques astringents, résolutifs, les émissions sanguines locales et générales, ont été tour à tour préconisés et abandonnés. Tous ces moyens peuvent être utiles, mais ceux sur lesquels on devra le plus compter sont : 1° les emménagogues et les émissions sanguines, dans le cas où il y aurait suppression des règles ; 2° les préparations iodées, que l'on donnerait d'une manière continue, afin d'en imbiber, selon l'expression de M. Velpeau, tous les organes ; 3° une compression méthodique exercée sur toute l'étendue de la tumeur ; 4° le charbon animal paraît avoir été quelquefois employé avec succès. Michelsen a vu une tumeur volumineuse du sein disparaître pendant l'emploi de cette substance.

On pourrait encore, à l'exemple de Fingerhuth, chercher à provoquer la sécrétion du lait, puisque ce moyen paraît avoir réussi dans deux cas où il fut employé. Il est à regretter que cet auteur n'ait pas indiqué les moyens dont il s'est servi pour provoquer cette sécrétion.

Quant à la grossesse, nous avons vu qu'elle a presque constamment aggravé les symptômes : les femmes qui présentent un commencement d'hypertrophie devront donc éviter de devenir enceintes.

Enfin, si la tumeur déterminait des symptômes graves, si elle gênait notablement les principales fonctions, si, de plus, elle

avait résisté à tous les moyens précédemment indiqués, on serait autorisé à pratiquer l'amputation de la tumeur, quel que fût d'ailleurs son volume, surtout si elle était suspendue par un pédicule étroit. Dans le cas où le pédicule n'existerait pas, il faudrait chercher à en créer un en soumettant pendant quelque temps la tumeur à une compression qui, bien qu'appliquée sur toute la mamelle, pour prévenir son engorgement, agirait cependant d'une manière plus énergique sur sa base, de manière à la rétrécir et à l'atrophier, pour ainsi dire.

Les exemples de succès rapportés par les auteurs nous montrent que cette opération ne devrait pas être négligée dans les cas que j'ai supposés, bien que P. Pigray assure avoir ramené à ses dimensions naturelles une mamelle énorme, quoique non cancéreuse, en la cautérisant à plusieurs reprises; je ne pense pas que personne soit maintenant disposé à l'imiter.

§ II. *Hypertrophie grasseuse.*

Sous le nom d'hypertrophie grasseuse de la mamelle, M. Velpeau désigne une tumeur qui comprend toute la région du sein, et peut acquérir un volume considérable, sans former une tumeur circonscrite, lobulée, comme cela s'observe dans le lipôme.

Cette affection a pour siège le tissu cellulaire sous-cutané et les cloisons interlobulaires. La masse hypertrophiée présente une coupe presque homogène, jaunâtre, sillonnée par quelques brides blanchâtres fibreuses, séparées par des lobules glandulaires plus ou moins atrophies et déformés; cette masse est presque toujours bosselée et subdivisée en lobules secondaires par les cloisons fibreuses normales.

C'est à cette variété de l'hypertrophie qu'il faut rapporter, suivant M. Velpeau, une tumeur du poids de quatorze livres,

qui fut enlevée par M. Ast. Cooper, ainsi que celle dont parle M. Warren.

Je ne dirai rien sur les causes et sur les symptômes de cette hypertrophie adipeuse ; je ne pourrais que répéter ce que j'ai dit dans le paragraphe précédent, car ces deux variétés ayant jusqu'à ce jour été confondues, ces différens points de leur histoire ont été faits collectivement. Cependant ces deux variétés présentent des différences tranchées dans leur terminaison. Je vais les signaler d'après M. Velpeau : Lorsque la tumeur a acquis un grand volume, « elle ne devient le siège de douleur, de » chaleur, de symptômes alarmants ; que, s'il s'y établit quel- » que travail, soit de décomposition, soit de transformation ; » alors une ou plusieurs bosselures de la tumeur semblent se » boursoufler et se ramollir ; la peau qui les recouvre s'amin- » cit, devient rouge, et finit par s'ulcérer ; une matière semi- » purulente, mêlée de détritrus sanguinolents noirâtres ou » roussâtres, s'échappe aussitôt par l'ouverture ; un ulcère ca- » verneux à suppuration ichoreuse et des fongosités qui en im- » poseraient facilement pour du tissu cérébriforme, ne tardent » pas à se montrer. Chacune des autres bosselures peut subir à » la longue le même genre de décomposition, amener ainsi la » mortification et la destruction de toute la tumeur ; mais il » est inouï que la maladie suive cette marche jusqu'au bout, » qu'elle ne subisse pas avant son terme quelque transforma- » tion de mauvaise nature, ou qu'elle ne fasse pas mourir la » malade avant d'en être arrivée à la putréfaction de ses der- » niers lobules. »

« Les tumeurs graisseuses n'étant point de nature à dispa- » raitre d'elles-mêmes à céder, soit aux médications topiques, » soit aux traitements internes, exigent que le chirurgien les » détruise aussi tôt que possible ; ainsi, quoiqu'elles n'appar- » tiennent pas à la classe des tumeurs malignes, elles n'en

» réclament pas moins comme ces dernières l'emploi des
 » moyens chirurgicaux. Je ne m'arrêterai point ici à montrer
 » qu'en pareil cas c'est l'instrument tranchant qui doit être
 » préféré..... Du reste, il importe d'enlever soigneusement
 » toute la masse graisseuse, si l'on veut en obtenir une guérison
 » radicale; pour peu qu'on en laisse, en effet, il y aura à
 » craindre la reproduction du mal. » Cette opération fut pra-
 tiquée dans un cas par M. Warren; la maladie revint du côté
 opposé quelques mois après l'opération.

On voit par ce passage que M. Velpeau professe sur la termi-
 nation et le traitement de cette hypertrophie, des opinions qui
 ne seront peut-être pas adoptées par tous les chirurgiens : car
 plusieurs anatomo-pathologistes pensent, que le tissu adipeux
 n'est pas susceptible d'éprouver des transformations de ce
 genre, et que, dans les cas mentionnés par le professeur Vel-
 peau, il y avait à la fois hypertrophie adipeuse et dégénéres-
 cence cancéreuse.

Les faits de ce genre sont trop rares pour que beaucoup de
 chirurgiens puissent avoir sur ce point une opinion person-
 nelle.

Quant à l'opération pratiquée par S. Ast. Cooper, opération
 qui consiste à aller chercher et à extraire successivement cha-
 cune des masses graisseuses interposées aux lobes de la glande,
 je ne pense pas qu'elle trouve beaucoup de partisans.

§ III. *Hypertrophie de la mamelle chez l'homme.*

Gynécomastie.

Je ne dirai que quelques mots sur l'hypertrophie des ma-
 melles chez l'homme; on n'observe pas, comme chez la femme,
 ce volume énorme des seins qui devient la source d'accidents

graves, c'est plutôt là un vice de conformation qu'une véritable maladie.

Outre un exemple reproduit dans le dictionnaire des sciences médicales (1), M. Bédor (2) cite trois autres cas d'hypertrophie du sein chez l'homme, observés sur des sujets scrophuleux, ou du moins d'un tempérament lymphatique. L'auteur pense que cette hypertrophie est liée à une imperfection des organes génitaux. Il ignore si elle tient au développement de la glande mammaire ou à celui de la graisse.

On observe l'affection qui nous occupe chez des sujets d'un tempérament lymphatique ; leur constitution est en général molle, délicate ; elle se rapproche de celle de la femme, les organes génitaux sont peu développés, presque inertes : on a observé l'atrophie des testicules. M. Bédor (3) cite l'observation d'un jeune gynécomaste qui était atteint d'un hypospadias.

Les deux mamelles sont le plus ordinairement hypertrophiées à la fois ; M. Bédor (4) a vu deux frères gynécomastes. Une mamelle peut être seule hypertrophiée (5).

On ignore complètement quelles causes peuvent déterminer cet excès de volume : les lésions anatomiques elles-mêmes ne sont pas entièrement connues. Le prétendu hermaphrodite qui présentait des seins volumineux, dont M. Mayer de Bonn a publié l'autopsie, n'avait pas de grains glanduleux bien distincts, on voyait seulement à leur place une quantité de petits globules d'une graisse rouge jaunâtre ; les mamelons étaient flétris. M. J. Cloquet communiqua à l'Académie de médecine (6) l'au-

(1) Art. Gynecomastie.

(2) *Gaz. med.*, 1836, p. 689-90.

(3) *Loc. cit.*

(4) *Dict. de med., chir. et phar.*, oct. 1812.

(5) Anciaux, *Dict. des sc. méd.*, t. iv, p. 154 ; et M. Lisfranc.

(6) Insér. dans les *Archives*, t. xvi, p. 305.

topsie d'un infirmier de l'hôpital Saint-Louis, âgé de soixante ans, qui avait les mamelles aussi développées que celles d'une femme; il ne trouva dans les seins qu'un amas de graisse sans rudiments de glande mammaire.

Les accidents de cette affection sont ordinairement nuls, cependant on a vu ces mamelles volumineuses devenir le siège de douleurs très vives, qui furent calmées par des applications de ciguë (1); elles peuvent subir la dégénérescence cancéreuse (2), c'est alors contre le cancer que doivent se diriger les efforts du chirurgien.

Je ne dirai rien des deux espèces d'opérations que propose Paul d'Ægine, pour enlever chez l'homme ces mamelles à l'état sain, ni du procédé qu'Albucasis a donné pour les extirper lorsqu'elles sont devenues trop volumineuses.

CHAPITRE II.

PHLEGMONS ET ABCÈS DES MAMELLES.

Si l'on consulte les traités dogmatiques de chirurgie, même ceux qui ont été publiés dans une époque rapprochée de la nôtre, tels que ceux de Callisen et de Boyer, on voit que ces auteurs englobent dans une seule description toutes les inflammations des mamelles. Frappés de la confusion qui existait sur ce point de la pathologie, les chirurgiens de notre époque ont cherché à la dissiper en indiquant les différences qui séparent ces diverses affections.

L'anatomie chirurgicale, en nous montrant les divers éléments et la disposition des couches cellulaires qui entrent dans

(1) Villeneuve, *Dict. des sc. méd.*, vol. xix, p. 591.

(2) *Id.*, *loc. cit.*

la composition de la région mammaire, nous donna l'explication précise de certaines différences qui avaient été notées dans les inflammations de cette région, et ne permit plus de confondre ces différentes inflammations dans une description générale. Aussi la plupart des chirurgiens modernes divisent-ils les différentes inflammations phlegmoneuses de la mamelle de la manière suivante : 1° inflammation du tissu cellulaire sous-cutané, 2° inflammation de la glande mammaire, 3° inflammation du tissu cellulaire sous-mammaire ; c'est aussi l'ordre que nous suivrons.

§ I. *Phlegmons et abcès du tissu cellulaire sous-cutané.*

Dans cette variété, l'inflammation a pour siège la couche cellulo-graisseuse qui sépare la glande mammaire de la peau. Les différences de structure que présente cette couche au voisinage de l'aréole et dans les points qui s'en éloignent, impriment une physionomie particulière à ces inflammations ; de là, la nécessité de décrire isolément comme le fait M. Velpeau : 1° l'inflammation de la couche grasseuse sous-cutanée, 2° l'inflammation du mamelon et de l'aréole.

A. *Inflammation de la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée.*

Cette inflammation s'observe assez souvent : tantôt elle débute dans la couche grasseuse elle-même, tantôt elle a son point de départ dans une inflammation des parties voisines, la peau, la glande mammaire. Dans le premier cas, l'affection se manifeste sans cause connue, sous l'influence d'une prédisposition générale ; d'autres fois, elle reconnaît pour cause une action physique, une violence extérieure. Parmi les lésions des téguments qui peuvent amener l'inflammation de la couche

graisseuse sous-jacente, je citerai l'érythème, l'érysipèle, un eczéma, des gerçures. On conçoit que toutes les irritations cutanées telles que les frottements rudes des corsets, un vésicatoire, une brûlure, puissent aussi la produire; mais on n'a vu que bien rarement ces causes produire la maladie qui nous occupe. — Ce sont les maladies de la glande mammaire elle-même qui déterminent cette inflammation de la couche cellulaire sous-cutanée, et parmi ces maladies de la glande mammaire, le phlegmon, précédé ou non d'engorgement laiteux, tient le premier rang. Quelquefois, mais beaucoup plus rarement, c'est une lésion à marche chronique qui la fait naître.

Tantôt l'inflammation est bornée à quelques points seulement de la couche sous-cutanée; d'autres fois, cette couche est envahie dans toute son étendue. Les symptômes que l'on observe dans ce phlegmon ne diffèrent pas, quant au fond, de ceux qui appartiennent au phlegmon sous-cutané des autres régions. La malade accuse d'abord une douleur dans la mamelle; si l'on palpe cette région, on reconnaît un point plus rénitent, un engorgement uniforme. Une pression, même légère, exercée dans ce point détermine une douleur toujours assez vive; en même temps, la peau de la mamelle prend une coloration rosée, puis une teinte rouge plus ou moins foncée; elle est chaude au toucher, et présente une tension d'autant plus marquée que l'inflammation occupe une étendue plus considérable; le mamelon est affaissé et déprimé ainsi que l'auréole. Une douleur continue, pulsative, souvent très intense, occupe toute la région affectée. A ces symptômes locaux se joint un appareil fébrile dont l'intensité est généralement proportionnée à l'étendue de l'inflammation.

Tantôt la phlegmasie cesse de faire de nouveaux progrès; la douleur, la rougeur, la tension, diminuent, l'engorgement se dissipe graduellement. Enfin l'inflammation se termine par ré-

solution. Cette terminaison heureuse ne s'observe que dans les quatre ou cinq premiers jours ; après cette époque la suppuration est le plus souvent inévitable quand les phénomènes inflammatoires se sont montrés avec quelque intensité. On voit alors l'inflammation se concentrer sur un seul point, tandis que le dégorgement s'opère dans les parties voisines. Ce point est ordinairement celui où se sont montrés les premiers phénomènes du travail inflammatoire ; la peau devient rouge , elle s'amincit, s'élève en pointe ; il existe alors un abcès. Le travail que je viens d'indiquer s'accomplit quelquefois dans un seul point de la mamelle ; d'autres fois dans plusieurs points simultanément. M. Velpeau dit avoir vu six de ces abcès sur une femme qui avait été atteinte d'érysipèle ambulant. Une autre malade lui en présenta quatre comme terminaison d'un érysipèle noueux. On voit donc que la multiplicité des abcès n'indique pas d'une manière certaine une phlegmasie siégeant dans l'intérieur de la glande mammaire comme on l'a avancé. Cette tendance à la circonscription du foyer inflammatoire est un des caractères propres à la variété d'abcès dont nous traitons actuellement ; il est très rare de les voir s'étendre d'une manière diffuse. Dans la couche sous-cutanée du thorax, la collection de pus est quelquefois très petite ; d'autre fois au contraire elle acquiert des dimensions assez considérables ; elle siège souvent vers la partie inférieure et externe de la glande. Ces foyers tendent à se faire jour au dehors, l'ouverture spontanée tarde rarement à se faire ; elle a lieu le plus ordinairement du dixième au douzième jour. Cependant M. Velpeau a vu de ces foyers qui, bien que sous-cutannés, ne s'ouvraient qu'après un temps beaucoup plus long , un mois par exemple. Dans ces cas , le foyer avant de s'ouvrir à l'extérieur, envoie des fusées dans toutes les directions, surtout en dehors vers le creux axillaire, ou même au-dessous de la

glande; quand l'inflammation avoisine le pourtour de la mamelle, la résorption graduelle du pus s'y observe rarement.

Ces phlegmons sous-cutanés se présentent avec des caractères qui ne permettent guère de les confondre avec aucune autre maladie de la mamelle. L'engorgement laiteux pourrait quelquefois en imposer, cependant le gonflement uniforme dans le premier cas, la forme mamelonnée dans le second, les phénomènes qui ont accompagné le développement de la tuméfaction, leur caractère franchement inflammatoire dans le phlegmon, suffiront le plus souvent pour faire éviter l'erreur. Lorsque l'abcès est formé; une exploration attentive laissera rarement le chirurgien dans le doute. Cependant cela pourrait avoir lieu si la malade était douée d'un grand embonpoint, si les mamelles étaient gonflées, soit par le travail de la lactation, soit par un véritable engorgement laiteux. Pour reconnaître l'existence de ces abcès, il faut d'abord fixer le sein sur les parois de la poitrine avec une des mains largement appliquée à sa surface, tandis que l'on explore avec l'autre le point où l'on soupçonne l'existence de la collection purulente; le commémoratif pourra encore servir à éclairer le diagnostic.

Traitement — Il faut ici, comme dans le traitement de toute maladie, éloigner la cause. Y a-t-il un eczéma, un érysipèle, ce sont ces diverses complications qu'il faut d'abord combattre par des cataplasmes, des lotions émollientes. C'est là un précepte applicable à toutes les périodes de la maladie. Si l'inflammation est encore à son début, les efforts du médecin doivent tendre à obtenir la résolution. Il aura recours aux émissions sanguines générales proportionnées à l'âge, la constitution du sujet, la violence ou l'étendue de l'inflammation. Il sera bien rarement utile de faire plus de deux saignées; les émissions sanguines locales seront plutôt indiquées, si la phlegmasie est accompagnée d'une faible réaction générale; des sangsues

doivent être alors appliquées sur la partie enflammée plutôt qu'à la circonférence. On applique en outre des cataplasmes émollients de farine de graine de lin, ou plutôt de fécule, car chez quelques femmes les premiers produisent souvent une éruption eczémateuse. Les seins doivent être convenablement soutenus ; suivant M. le professeur Velpeau il est important de faire coucher la malade sur le côté opposé au sein malade, pour éviter l'afflux sanguin, et l'appel des fluides vers la partie enflammée.

A la médication précédente on associera un traitement général. La malade sera mise à l'usage des boissons délayantes ou légèrement laxatives ; on pourra donner avec avantage quelques purgatifs actifs, si l'inflammation s'est développée à la suite des couches ou chez une nourrice.

Mais si la malade était dans un état de faiblesse qui contr'indiquât les émissions sanguines, on pourrait avoir recours avec avantage, pour faire avorter l'inflammation, aux onctions mercurielles, et particulièrement à une compression bien faite, moyen dont M. Velpeau dit avoir obtenu les résultats les plus satisfaisants.

Si malgré le traitement que je viens d'indiquer, il se formait un abcès, faudrait-il en pratiquer l'ouverture ? Tous les chirurgiens ne sont pas d'accord sur ce point ; les uns veulent que l'on attende l'ouverture spontanée, les autres que l'on fasse une ouverture artificielle. Mais cette ouverture doit-elle être faite dès que l'on a reconnu que le pus est rassemblé en foyer ? doit-on attendre la fonte de l'engorgement des parties voisines ? doit-on pratiquer une simple ponction ou une incision qui ouvre largement le foyer ? Toutes ces questions ont donné lieu à d'assez nombreuses discussions.

En disant avec A. Cooper, que si *l'abcès marche avec rapidité, s'il est placé à la superficie du sein, et si les douleurs ne sont pas très vives, il est préférable d'abandonner les choses à leur cours naturel ;*

on donnera un précepte auquel on est quelquefois obligé de se conformer dans la pratique, à cause de la pusillanimité de certaines malades. Mais ce précepte ne doit pas être pris pour règle de conduite, lorsque l'on a le choix des moyens. En effet, le principal motif que donnent les partisans de l'ouverture spontanée, c'est qu'il en résulte moins de difformité; et cependant M. le professeur Roux, se fondant sur les mêmes raisons, donne la préférence à l'incision. La plupart des chirurgiens modernes adoptent cette pratique, et pensent qu'il faut, aussitôt que la collection est bien formée, faire une incision qui donne au pus une issue facile; les tissus indurés qui entourent la base de l'abcès ne tarderont pas à se dégorger après cette évacuation.

L'incision doit être pratiquée dans le point le plus déclive, des contr'ouvertures seront faites s'il existe des clapiers.

Cette variété de phlegmon des mamelles n'exige pas la suppression de l'allaitement, même lorsqu'il existe un abcès. La glande mammaire ne participant pas à la phlegmasie, la suppression de l'allaitement aurait l'inconvénient de faire naître dans quelques cas un véritable engorgement laiteux qui viendrait compliquer l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané.

B. Phlegmons et abcès du mamelon et de l'auréole (1).

Au niveau de l'auréole, le tissu sous-cutané ne présente plus de cellules adipeuses; la glande mammaire adhère à la couche tégumentaire par un tissu très serré, de sorte que l'inflamma-

(1) J'emprunte à l'ouvrage de M. le professeur Velpeau la description de cette inflammation de l'auréole et des abcès qui en sont la suite; je ne connais aucun auteur qui les ait décrits avant lui.

tion sous-cutanée est ordinairement unie à une inflammation superficielle au moins du parenchyme de la glande.

Les causes qui produisent ordinairement cette inflammation du mamelon sont les gerçures et les crevasses; c'est donc presque exclusivement sur les nouvelles accouchées et les nourrices que l'on observe cette affection.

Cette variété de l'inflammation de la couche sous-cutanée a des caractères bien tranchés qui ne permettent pas de la confondre avec celle que nous avons déjà étudiée. Le mamelon et l'auréole, au lieu d'être déprimés, forment une saillie conoïde, au sommet de laquelle se trouve le mamelon tendu et douloureux; en même temps, on rencontre sur différents points de l'auréole des bosselures d'un rouge livide, qui sont le siège d'une douleur sourde et lancinante. Cette phlegmasie se termine très rapidement par résolution; d'autres fois, il se forme de petits foyers purulents ordinairement multiples, de forme irrégulière ou globuleuse, bien conscrits, qui amincissent rapidement la peau, et s'ouvrent au dehors. Ces petits abcès dépassent rarement le volume d'une noisette ou d'une noix; la structure des parties où se développe cette inflammation nous explique la plupart de ces particularités; les téguments qui les recouvrent ont une teinte violacée bleuâtre.

Pour constater la fluctuation dans ces petits abcès, il faut comprimer la mamelle dans le sens d'un de ses diamètres, pendant que le doigt indicateur de l'autre main explore la bosselure en la pressant d'avant en arrière. Celles des bosselures qui contiennent du pus donnent au doigt la sensation d'une petite vessie pleine de liquide; celles qui n'en contiennent pas présentent au toucher plus de consistance, et semblent formées par un corps spongieux.

Pour prévenir cette inflammation, il faut d'abord traiter les gerçures et les crevasses qui en sont la cause la plus commune;

les topiques émollients devront ici être préférés. Si l'abcès n'est pas très rapproché du mamelon, on peut laisser continuer la lactation; dans le cas contraire, il vaut mieux vider le sein à l'aide d'une ventouse dont l'orifice rétréci n'embrasse que le mamelon. Ces abcès doivent être ouverts aussitôt que la fluctuation est apparente, le foyer se déterge plus promptement que lorsqu'on a attendu l'ouverture spontanée.

§ II. *Phlegmon et abcès de la glande mammaire.*

Dans cette variété, la plus fréquente de toutes, l'inflammation siège dans le parenchyme même de la glande mammaire. On conçoit, ainsi que l'indique M. Velpeau, que chacun des principaux éléments de ce parenchyme puisse être le point de départ de cette phlegmasie; que tantôt elle débute par les conduits lactés, tantôt par le tissu sécréteur, tantôt par l'élément fibro-cellulaire; mais, en supposant même que ces diverses phlegmasies puissent exister isolément au début de la maladie, elles ne tardent pas à se confondre.

A. *Engorgement des conduits galactophores.*

La description de l'engorgement des canaux galactophores (*engorgement laiteux*), qui ne constitue pas une phlegmasie, mais précède le plus souvent l'inflammation glandulaire, trouve naturellement ici sa place.

Cet engorgement s'observe sur les femmes nouvellement accouchées. On le rencontre aussi, quoique plus rarement, chez les femmes enceintes, dans les derniers mois de la grossesse. La cause immédiate de cet accident consiste dans l'accumulation et le séjour du lait dans la glande mammaire. Tantôt cette accumulation s'observe, soit à cause de l'abondance de la sécré-

tion laiteuse, qui est telle que l'enfant ne peut en soustraire une quantité assez considérable pour dégorger la glande, soit parce que la mère reste trop long-temps sans présenter le sein à son enfant. L'abus des boissons stimulantes signalé par Ast. Cooper, les écarts de régime, peuvent favoriser son développement en augmentant momentanément la sécrétion laiteuse. Presque tous les accoucheurs s'accordent à considérer l'impression du froid sur les mamelles comme une des causes déterminantes les plus puissantes de cet accident (1).

Le symptôme qui s'observe au début de cette affection, est une sensation de tension d'abord incommode, plutôt que douloureuse. Cette tension siège dans toute la mamelle, s'étend quelquefois jusque dans l'aisselle, et produit la gêne dans les mouvements du membre thoracique; plus tard elle augmente d'intensité, et s'accompagne de vives douleurs; le sein est tuméfié, et, si l'on explore sa surface, on reconnaît des bosselures nombreuses. La peau qui le recouvre, quoique tendue et chaude, ne présente pas de coloration anormale; il se manifeste quelquefois un mouvement fébrile au début de la maladie, mais il dure peu de temps (vingt-quatre heures environ); le plus souvent cet engorgement laiteux se termine par résolution, d'autres fois il donne lieu à une véritable inflammation.

J'ai déjà indiqué quelles sont les maladies qui pourraient être confondues avec cet engorgement, et les signes qui servi-

(1) M. Turpin, dans ces derniers temps, a émis quelques idées nouvelles sur la formation de l'engorgement laiteux. Cet observateur a remarqué que lorsque le lait est soustrait à l'empire de la vie, il s'opère dans les globules de ce liquide une transformation végétative analogue à celle de la *moisissure*. Il pense que lorsqu'il y a stase laiteuse dans la mamelle par suite d'un engorgement, cette transformation végétative du globule a lieu, et que dès-lors les inégalités des globules ainsi altérés contribuent encore davantage à embarrasser la circulation laiteuse.

ront à établir dans ce cas le diagnostic différentiel; je ne les rappellerai pas ici. Voyez *Abcès sous-cutané du tissu cellulaire*.

Si l'engorgement laiteux est à son début, il faut chercher à obtenir l'excrétion complète du lait; pour cela la nourrice aura le soin de donner souvent le sein à son enfant. Si la soustraction opérée par le nourrisson n'est pas suffisante, il faut vider les seins à l'aide d'un appareil approprié. En même temps il faut chercher à diminuer la sécrétion laiteuse, en prescrivant à la malade une nourriture peu abondante, et en provoquant d'autres évacuations au moyen de légers diaphorétiques et surtout de doux laxatifs. Quelquefois, lorsque l'engorgement est considérable, l'excrétion du lait est complètement suspendue. Dans ce cas, la succion exercée sur le mamelon ne procurerait aucune évacuation; elle ne ferait qu'irriter le sein. C'est alors que l'on peut avec avantage avoir recours aux onctions résolutives, et l'on sait que l'on a surtout vanté celles dans lesquelles entrent l'ammoniaque et le camphre.

B. *Phlegmons et Abcès.*

Comme l'engorgement laiteux, le phlegmon de la glande mammaire est une maladie qui affecte presque exclusivement les nouvelles accouchées; mais il est un point relatif à l'étiologie de ces inflammations parenchymateuses que je dois examiner ici. Le phlegmon est-il plus fréquent chez les femmes qui nourrissent leurs enfants que chez celles qui ne nourrissent pas? « Il règne à ce sujet, dit M. le professeur Velpeau » une doctrine qui me paraît essentiellement erronée. Les » rhéteurs, beaucoup de physiologistes, et une foule d'accou- » cheurs ont avancé qu'en ne nourrissant pas, la femme s'ex- » pose aux inflammations, aux abcès, etc... Or, dit-il, je ne » connais rien de plus faux que cette assertion. »

L'observation journalière démontre que ces abcès sont infiniment plus fréquents chez les femmes qui allaitent leurs en-

fants, que chez celles qui ne nourrissent pas. Celles-ci sont débarrassées en huit ou quinze jours de tous les phénomènes qui appartiennent à la sécrétion du lait; celles-là sont exposées pendant douze à quinze mois aux mêmes causes d'inflammation des mamelles. D'un autre côté, ajoute M. Velpeau, ce n'est pas dans les huit ou dix premiers jours de la couche qu'on voit généralement les abcès du sein se manifester, et ce ne serait cependant guère que dans le cours de cette période qu'on pourrait en craindre l'apparition chez les accouchées qui ne nourrissent point. C'est surtout dans les quatre premiers mois de l'allaitement que les nourrices sont exposées à ces phlegmons.

Cette phlegmasie s'observe aussi quelquefois pendant la grossesse; on l'a observée plusieurs fois chez des femmes enceintes, et même vers le troisième mois de la grossesse, bien que le phlegmon glandulaire succède ordinairement à l'engorgement laiteux, et qu'il dépende des mêmes causes. On conçoit aussi qu'il puisse être le résultat d'une violence extérieure exerçant son action sur la mamelle; on l'a vu enfin se développer chez certaines femmes à l'époque critique. Les femmes dont les seins sont mal conformés, peu développés ou aplatis par des vêtements trop serrés, affectés d'un engorgement antérieur, couverts d'anciennes et profondes cicatrices, sont plus disposées à cette maladie que les autres. Une dame qui avait eu une maladie du sein gauche dans sa jeunesse, et chez laquelle cet organe n'avait pu prendre un développement complet, avait eu dans plusieurs couches successives un abcès dans ce sein. Lebourgeois lui conseilla, dans une nouvelle couche, de ne plus donner à têter de ce côté; la malade suivit ce conseil, et cette fois il ne survint pas d'abcès (1).

(1) Lebourgeois, *Dissertation sur la fièvre de lait et les engorgements ou dépôts laiteux*.

La maladie s'annonce d'abord comme un simple engorgement laiteux, mais au lieu de céder aux moyens curatifs employés contre cette affection, l'engorgement des mamelles augmente. Elles deviennent dures, très douloureuses; le gonflement n'est pas uniforme, mais présente des points plus saillants, plus durs, qui semblent être le résultat du gonflement d'un lobule mammaire, les lobules voisins étant à peine tuméfiés. On rencontre ainsi plusieurs de ces noyaux engorgés, disséminés dans l'épaisseur de la mamelle qui constituent pour ainsi dire autant de phlegmons isolés. C'est là un caractère propre de cette variété du phlegmon, bien qu'il ne lui appartienne pas exclusivement. La peau présente d'abord la coloration normale; mais au bout de quelque temps on la voit rougir dans les points qui correspondent à l'engorgement profond. Cette inflammation reste rarement bornée à la glande, elle tend à envahir les couches cellulaires voisines, soit du côté de la peau, soit vers la face profonde de la glande.

La marche des phénomènes inflammatoires est généralement moins rapide que dans le phlegmon sous-cutané et profond; la suppuration ne se manifeste guère que vers le douzième jour, quelquefois beaucoup plus tard.

Cette suppuration enfermée au sein du tissu de la glande, tend à gagner la surface. La matière purulente s'insinue dans les interstices des lobules, en suivant les cloisons fibreuses qui les séparent. Il se forme des sinus, des clapiers, qui sillonnent la mamelle dans toutes les directions. Enfin, lorsque l'inflammation et les fusées purulentes se sont étendues jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané, on voit apparaître tous les symptômes que j'ai décrits dans le § I^{er} à l'occasion du phlegmon sous-cutané. Quelquefois il ne se forme qu'une seule ouverture cutanée; souvent, il s'en forme plusieurs aboutissant à un même foyer, ou qui correspondent à autant de foyers distincts.

Ceux-ci se forment simultanément ou se succèdent : c'est ainsi que M. Velpeau en a vu survenir successivement jusqu'à trente-trois sur le même sein.

Lorsque le foyer s'est ainsi ouvert au dehors, on peut voir, si l'on examine attentivement le pus, qu'il se trouve mélangé à une certaine quantité de lait. D'un autre côté, les expériences microscopiques de M. Donné ont démontré qu'il existe alors des globules purulents mêlés aux globules propres du lait. Suivant M. Donné, ces globules auraient passé dans le lait par voie d'absorption; mais suivant M. Cloquet, cela indique seulement une rupture de quelques conduits galactophores, rupture qui permet à la fois l'épanchement de lait dans le foyer de l'abcès, et le passage de quelques globules purulents dans les conduits destinés à contenir le lait.

Ces abcès multiples de la mamelle sont moins volumineux que ceux de la couche cellulo-graisseuse; ce qui, joint à leur profondeur, rend la fluctuation plus difficile à percevoir : ils siègent ordinairement dans le voisinage de l'aréole.

Lorsque le pus s'est fait jour au dehors, le foyer revient sur lui-même et tend à se refermer. C'est ordinairement ce qui a lieu lorsque ce foyer n'est pas très profondément situé, lorsqu'il ne présente pas de clapiers, que la matière purulente s'écoule facilement au dehors; mais dans les circonstances contraires, cette ouverture reste souvent fistuleuse pendant un temps considérable.

Les symptômes que j'ai énoncés précédemment suffisent pour indiquer l'existence d'un abcès de la mamelle; mais quels seront les signes qui nous permettront d'affirmer que cet abcès occupe l'intérieur de la glande mammaire? Si la mamelle a d'abord été le siège d'un simple engorgement, s'il s'est manifesté ensuite quelques bosselures profondes, disséminées dans l'épaisseur de la glande, accompagnées d'une douleur pro-

fonde, lancinante, tandis que la couleur de la peau était à peine modifiée, on sera autorisé à diagnostiquer un abcès du parenchyme glanduleux.

Si cette inflammation se développe pendant la lactation, faut-il supprimer l'allaitement? C'est là une question qu'il est quelquefois difficile de décider. M. Guillemot, qui s'est occupé d'une manière spéciale de ce point de pratique, a observé que tantôt la continuation de l'allaitement exerce une influence favorable sur la marche de la maladie, que tantôt au contraire en persévérant dans l'allaitement on aggrave les phénomènes inflammatoires. Comme on ne peut pas distinguer ces cas *à priori*, il faut continuer l'allaitement, observer quels en seront les effets, persister dans cette pratique si l'on remarque une amélioration, et suspendre au contraire l'allaitement s'il aggrave les accidents. On a recours pendant 8 ou 15 jours à un allaitement artificiel; si alors la mère se trouve guérie, on rend le sein à l'enfant: cette pratique a toujours réussi à M. Guillemot. D'autres praticiens conseillent dans cette circonstance de continuer l'allaitement, mais de ne présenter à l'enfant que la mamelle non affectée. Les émissions sanguines, les purgatifs doivent être soigneusement évités.

Dans le cas où l'on n'a point à craindre de supprimer la sécrétion du lait et d'empêcher l'allaitement, il faut traiter cette phlegmasie parenchymateuse par les moyens que nous avons déjà conseillés: saignées, sangsues, cataplasmes émollients, narcotiques d'abord, puis résolutifs; la compression, les purgatifs légers.

J'ai examiné précédemment la question de la suppression de l'allaitement, envisagé seulement sous le point de vue du traitement de l'inflammation de la mamelle; mais ce n'est pas seulement dans l'intérêt de la mère qu'il est quelquefois indiqué de suspendre l'allaitement. Nous avons vu précédemment que lors-

qu'il existe un abcès dans la glande mammaire, le lait se trouve mélangé à une certaine quantité de pus. Il est naturel de craindre que cette viciation du lait ne soit nuisible à l'enfant. Bien que je n'aie pu trouver aucune observation qui m'ait démontré l'influence fâcheuse de l'allaitement dans cette circonstance; je pense cependant qu'il est prudent de se conduire comme si cette influence nuisible était démontrée.

Ici se présente encore la question de savoir s'il faut ouvrir, et à quelle époque il faut ouvrir ces abcès.

Malgré les efforts d'Hildenbrand pour faire rejeter l'incision dans toutes les espèces d'abcès du sein, la plupart des chirurgiens modernes s'accordent à penser que ces abcès réclament une ouverture artificielle, mais aussi on blâme généralement cette ouverture pratiquée prématurément. L'étendue de l'incision devra en général être proportionnée à l'étendue du foyer, quelques ponctions suffiront pour des abcès multiples et rapprochés de la superficie de la glande. Dans tous les cas il faut éviter que l'ouverture pratiquée ne se referme trop promptement en y introduisant une bande de linge pendant les premières vingt-quatre heures; il sera rarement utile d'y introduire, comme le conseille M. Cloquet, une petite canule de gomme élastique pour conduire le pus au dehors et empêcher son accumulation dans les clapiers. Je ne crois pas qu'il appartienne à mon sujet de m'occuper du traitement des fistules qui succèdent quelquefois à ces abcès.

§ III. *Phlegmons et abcès sous-mammaires.*

Antoine Petit avait remarqué que les abcès du sein n'ont pas constamment le même siège; il distinguait, comme nous l'avons fait, les abcès du tissu cellulaire sous-cutané, et les abcès de la glande mammaire. Il est maintenant démontré qu'il existe une

roisième variété d'abcès de la mamelle, dans lesquels la collection de pus s'est formée derrière la base de cette glande entre elle et les parois de la poitrine. C'est cette variété qui constitue les abcès sous-mammaires.

L'inflammation qui précède ces abcès débute quelquefois par la couche cellulaire sous-mammaire; mais cela s'observe assez rarement, et seulement chez des sujets dont la constitution est notablement détériorée. D'autres fois, elle a pour point de départ une lésion des parties sous-jacentes, des os, des cartilages costaux, de la plèvre, du tissu cellulaire du médiastin, et même du poumon. Mais dans le plus grand nombre des cas le phlegmon sous-mammaire reconnaît pour cause une inflammation glandulaire qui s'est propagée jusqu'à la face profonde de l'organe.

Cette inflammation présente comme caractère spécial, une tendance manifeste à se propager, à s'étendre suivant la direction de la couche cellulaire sous-mammaire. Elle se limite rarement avant d'avoir dépassé la circonférence de la glande; elle s'accompagne presque toujours d'un appareil fébrile très intense, d'insomnie, quelquefois de délire, d'une douleur profonde que l'on caractérise ordinairement par les épithètes de *pongitive* et de *gravative*. Les symptômes locaux diffèrent de ceux que nous avons vus dans les deux premières variétés de phlegmon. La mamelle est extrêmement saillante; mais, par une exploration attentive, on reconnaît que cette augmentation de volume ne tient pas à la tuméfaction de la glande mammaire; que cette glande est seulement soulevée, projetée en avant; qu'elle a conservé sa densité normale; qu'elle n'est point bosselée, inégale, comme dans le phlegmon glandulaire. Si on la comprime avec la main largement appliquée à sa surface, on sent une résistance particulière, une dureté comme spongieuse, la pression augmente peu la douleur; la peau de la mamelle

présente sa coloration normale, ou seulement une teinte rosée peu prononcée; elle laisse apercevoir les veines sous-cutanées fort distendues. Dans le cas où cette inflammation sous-mammaire a pour point de départ une inflammation glandulaire circonscrite ou générale, les symptômes ne se présentent pas avec un caractère aussi tranché; mais il est encore possible alors de connaître, à la réunion de leurs signes propres, la combinaison des deux variétés de la phlegmasie.

La marche de cette inflammation est ordinairement très rapide; elle se termine rarement par la résolution, le plus souvent c'est par suppuration, et cette terminaison s'observe quelquefois au bout de trois ou quatre jours. Je parlerai plus loin de sa terminaison par gangrène. Les symptômes qui annoncent cette terminaison par suppuration, sont les mêmes que dans les autres phlegmasies sous-cutanées. Ces abcès occupent ordinairement toute la base de la glande; quelquefois, quoique très rarement, ils n'occupent qu'un point limité de cette base, soit qu'ils correspondent, pour ainsi dire, centre pour centre à la glande mammaire, soit qu'ils ne se trouvent qu'en un point voisin de la circonférence. Dans le premier cas, la mamelle présente une forme conoïde dont le sommet s'élève en pointe; dans le second, la glande se trouve soulevée à sa circonférence. Lorsque l'abcès est vaste, et je dois dire qu'on en a vu qui contenaient plus d'un litre de pus, on peut faire refluer le liquide à la circonférence de la glande, en la repoussant vers les parois de la poitrine. C'est là une circonstance que l'on peut mettre à profit pour reconnaître la fluctuation dans ces abcès.

Bien que l'on puisse rarement obtenir la résolution de ces inflammations profondes, il est cependant indiqué d'avoir recours, dans le principe, à un traitement antiphlogistique énergique; ne dût-il avoir pour effet que de modérer l'inflammation, et de restreindre l'étendue du foyer. Les saignées géné-

rales, les sangsues, appliquées à la circonférence de la mamelle, seront ici employées avec persévérance. Les topiques émollients et narcotiques sont aussi indiqués; cependant, suivant M. Velpeau, la médication locale a peu de prise sur ces phlegmasies profondes; tandis que les médications perturbatrices ou révulsives générales, l'émétique à haute dose, le calomel, les purgatifs répétés, lui ont paru avoir produit plusieurs fois d'heureux résultats.

Lorsque l'on a reconnu la présence d'un abcès, souvent même, lorsque l'on n'a que de fortes présomptions de son existence, il faut pratiquer, pour lui donner issue, une ouverture à la circonférence de la glande, en choisissant de préférence le point à la fois le plus déclive, et celui où les téguments sont le plus amincis.

Il suffira généralement de donner dix à douze lignes d'étendue à cette incision, pour permettre au pus de s'écouler librement. Une compression expulsive faite sur la mamelle, amènera quelquefois le recollement presque immédiat des parties du foyer; mais plusieurs circonstances concourent à rendre ce résultat assez rare.

Outre les vastes dimensions de ce foyer, il existe un point qu'on ne doit pas perdre de vue. Ces abcès sous-mammaires succèdent souvent à un phlegmon glanduleux qui s'est étendu dans la couche cellulaire profonde. Il existe donc souvent deux abcès qui communiquent ensemble par un canal rétréci. Quelquefois même l'abcès glanduleux s'est prolongé directement vers l'extérieur, et il y a en même temps un ou plusieurs abcès sous-cutanés qui tendent à faire saillie dans divers points de la surface de la mamelle. Or, dans cette circonstance, bien que l'on ait donné issue au pus accumulé sous la glande, les autres foyers, suivant la remarque de M. le professeur Sanson, ne tendent pas moins à s'ouvrir à l'extérieur. Il faut alors pratiquer sur

chacun d'eux une ponction qui constitue une véritable contre-ouverture par rapport au foyer sous-mammaire. Dans ces circonstances si l'abcès présente des anfractuosités nombreuses dans lesquelles le pus peut séjourner, on pourrait alors, pour en faciliter l'écoulement, passer un séton qui traverserait le foyer suivant son plus grand diamètre. Ce moyen que j'ai vu plusieurs fois employer par M. Sanson, a toujours suffi pour amener la guérison complète dans un temps assez court. Une compression légère pourrait encore être utile, quelque temps après l'ouverture du foyer, pour en favoriser le recollement, ou pour faire disparaître un engorgement du tissu de la glande.

Tout ce que j'ai dit précédemment s'applique presque exclusivement à une classe d'abcès sous-mammaires, désignés par M. Velpeau sous le nom d'abcès idiopathiques. J'ajouterai, pour terminer ce qui est relatif à ce sujet, que les abcès sous-mammaires symptomatiques ont ordinairement la marche des abcès froids, et que c'est la maladie dont ils sont le symptôme, qui doit fournir les principales indications thérapeutiques. Je crois qu'il faut ranger parmi les abcès symptomatiques ces abcès avec dénudation des côtes dont parle Sir A. Cooper qui conseille pour traitement dans ce cas l'injection d'un liquide légèrement acide.

Ces abcès doivent être traités comme les abcès froids de toute autre région. Si le foyer est vaste, on peut en favoriser le retrait en pratiquant plusieurs ponctions successives. Si l'abcès est peu volumineux, on peut l'inciser dans toute son étendue, introduire pendant quelques jours de la charpie dans le kyste, y faire des injections avec un liquide légèrement caustique. Lorsqu'il existe en même temps des ganglions engorgés dans le creux axillaire, ils ne tardent pas à diminuer de volume, et à disparaître après la guérison de l'abcès.

Jusqu'à présent j'ai dû, dans l'intérêt de la clarté, exposer isolément la description de chacune des variétés de phlegmons de la mamelle ; mais on a déjà pu remarquer que souvent ces variétés se combinent entre elles, de telle sorte, que toute la mamelle est envahie par l'inflammation ; on voit même quelquefois celle-ci présenter le caractère propre du phlegmon diffus, c'est à dire, cette tendance à la mortification des parties qu'elle affecte. On trouvera dans la thèse de M. Gendron (Thèse, Paris 1815 n° 282), une observation recueillie sous les yeux de Dupuytren, dans laquelle nous voyons que les deux mamelles furent successivement envahies par un phlegmon diffus, qui détermina la mortification du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau, et qui cependant fut suivi de guérison.

Dans un cas qui m'a été rapporté par M. Godin, un abcès sous-mammaire avait été le point de départ de la maladie, la malade succomba, et l'on trouva à l'autopsie tout le tissu cellulaire sous-cutané envahi et détruit par une infiltration séreuse et séro-purulente, avec décollement et mortification de la peau dans la moitié de la mamelle. En arrière de la glande étaient plusieurs foyers remplis de pus mal lié qui communiquaient avec celui du tissu sous-cutané, par la circonférence de la glande et par le moyen de trajets creusés dans son épaisseur.

Le phlegmon et les abcès de la mamelle s'observent assez rarement chez l'homme, cependant on en possède quelques observations ; c'est ordinairement à l'époque de la puberté qu'on les voit apparaître, et dans ce cas il surviennent spontanément et succèdent à une turgescence plus ou moins marquée ; d'autres fois ils reconnaissent pour cause une violence extérieure et se montrent à tout âge. M. Velpeau a vu plusieurs de ces abcès qui, du reste, ne diffèrent pas de phlegmasies ordinaires et réclament le même traitement.

§ IV. *Abcès chroniques de la mamelle.*

Il se forme quelquefois dans la mamelle, sous l'influence d'une inflammation chronique, des collections de pus dont le début échappe à l'observation à cause de la lenteur avec laquelle se fait l'accumulation. D'autres fois, il se manifeste d'abord quelques symptômes qui indiquent une phlegmasie aiguë, et qui ne tardent pas à disparaître. Il reste cependant dans la profondeur du sein, une tumeur ordinairement indolente, sans changement de couleur à la peau. Cette tumeur s'accroît, la fluctuation devient sensible ; on pratique une ouverture, et il s'écoule une quantité quelquefois considérable de pus semblable à celui des abcès froids. Les phénomènes que je viens d'exposer s'accomplissent dans un temps plus ou moins long, qui peut varier depuis un ou deux mois jusqu'à deux ou trois ans.

Sir A. Cooper rapporte deux observations de ces abcès chroniques, M. Velpeau en rapporte quatre. Ce qui est très remarquable, c'est que plusieurs de ces abcès avaient été pris pour des tumeurs de mauvaise nature, dont on avait cru devoir pratiquer l'extirpation ; c'est ce que nous voyons dans l'observation 449 d'Ast. Cooper : « Ce qui me fit, dit-il, reconnaître la présence de la collection purulente, ce fut la fluctuation, ainsi qu'une douleur que faisait éprouver à la malade une pression trop légère pour causer de la douleur dans le cas où le liquide épanché aurait été de nature séreuse. »

Un cas semblable s'est présenté à MM. Marjolin et Laugier : la tumeur offrait tous les caractères d'un squirrhe, et l'ablation en avait paru nécessaire. M. Laugier, explorant de nouveau la tumeur, crut y reconnaître de la fluctuation ; il fit une ponction exploratrice ; le pus sortit aussitôt, l'ouverture fut agrandie, et la guérison ne tarda pas à être complète (1).

(1) *Dict. de méd.*, t. xvii, p. 353.

Dans le cas où l'on conserverait des doutes sur la nature de la tumeur, cette ponction exploratrice devrait donc être faite.

CHAPITRE IV.

ÉPANCHEMENTS SANGUINS.

On peut diviser ces tumeurs en deux ordres. 1^o Les tumeurs sanguines qui se forment après une contusion violente du sein ; 2^o celles que décrit A. Cooper sous le nom d'ecchymose du sein et qui diffèrent des premières sous plusieurs rapports :

1^o Lorsqu'une cause contondante agit profondément sur le sein, elle ne produit ordinairement qu'une ecchymose, qui a pour caractère de ne se manifester qu'au bout de quelques jours ; mais dans certains cas, il se forme une véritable collection de sang. Une légère ecchymose lorsque l'action de la cause n'a pas eu lieu à une époque déjà trop éloignée de celle où l'on examine la maladie, servira à la distinguer des abcès sous-mammaires dont elle présente plusieurs des caractères ; cependant la tuméfaction générale du sein est moins considérable que dans ces derniers, et le toucher n'y développe aucune douleur.

Ces collections peuvent se transformer en abcès sanguins comme le prouve une observation de M. Velpeau, dans ce cas il y a de la douleur. Si l'on ouvre le foyer on trouve du sang liquide et des caillots mêlés à du pus. D'autres fois ces tumeurs diminuent de volume et se terminent par indurations.

2^o Selon sir Ast. Cooper, des tumeurs sanguines peuvent suivre ou accompagner une maladie qu'il appelle ecchymose du sein. Elles diffèrent des précédentes, par leur cause qui paraît liée aux fonctions des mamelles et à leurs relations avec l'utérus. Elles en diffèrent aussi par leurs symptômes, ainsi elles sont ordinairement très-douloureuses à la pression ; le froid et l'approche des règles exaspèrent ces douleurs, elles peuvent être

uniques et diffuses ou bien sans forme de nodosités multiples ; enfin la coloration bleuâtre ou jaunâtre des ecchymoses se montre de temps en temps. Il n'existe aucune fluctuation.

Les tumeurs qui nous occupent ne présentent aucune gravité. Les premières ne réclament aucun traitement tant qu'elles ne présentent pas d'accidents ; si elles viennent à s'enflammer, les indications sont les mêmes que lorsque pareille chose arrive à un foyer sanguin de tout autre point du corps ; enfin la compression a été employée par M. Velpeau pour faire disparaître un noyau sanguin induré.

Celles de la seconde espèce paraissent liées à des troubles variés de la menstruation, et se rencontrent chez des sujets affaiblis. On devra donc régulariser l'écoulement menstruel et fortifier, par les moyens convenables, les malades épuisées. Le moyen local qui a le mieux réussi à sir A. Cooper est l'ammoniaque liquide uni à l'alcool.

CHAPITRE IV.

TUMEUR MAMMAIRE CHRONIQUE.

Cette affection a été décrite pour la première fois par sir Ast. Cooper ; elle se développe, suivant le chirurgien anglais, sous l'influence sympathique d'une lésion fonctionnelle de l'utérus. Voici, d'après Ast. Cooper, les traits caractéristiques de cette affection :

1° L'âge de la malade est ordinairement peu avancé, c'est de 17 à 30 ans qu'on l'observe le plus souvent, il y a cependant à cet égard quelques exceptions ;

2° L'absence de douleur. — Ce caractère n'est pas non plus constant ; mais, en général, la douleur est légère, et souvent la tumeur existe depuis plusieurs années sans déterminer aucune souffrance ;

3° « Cette maladie se distingue des affections de mauvaise nature, par la persistance de la santé générale; »

4° « Les progrès de la tumeur sont lents, elle peut rester stationnaire pendant un grand nombre d'années; »

5° « La situation superficielle de la tumeur. Elle a son siège à la surface de la mamelle, au lieu d'être placée dans son épaisseur; »

6° « Son extrême mobilité; »

7° « Ce qui la caractérise par dessus tout, c'est sa forme lobulée appréciable au toucher. En effet, on peut constater que la tumeur est composée de lobes nombreux réunis en une masse commune dont la surface est brisée ou interrompue. »

Lorsque l'on examine ces tumeurs, on trouve qu'elles sont contenues dans un kyste fibreux, formé de lames semblables à celles qui enveloppent la mamelle ou qui en séparent les lobes. La tumeur prend naissance dans le tissu glanduleux du sein et lui reste unie par un prolongement mince du même tissu, prolongement qui est assez lâche et mobile pour permettre à la tumeur d'être déplacée et de se mouvoir à la surface de la mamelle.

Lorsque la tumeur est mise à nu, on reconnaît qu'elle est formée par une série de lobes assez petits, variables du reste pour la grosseur, mais semblables entre eux pour la forme, et qui se séparent facilement par une macération peu prolongée.

Dans le traitement de cette affection, il faut avoir égard surtout aux fonctions utérines, chercher à rétablir ou à régulariser les fonctions menstruelles.

La plupart des moyens locaux qui ont été employés pour amener la résolution de la tumeur, sont le plus souvent inefficaces et, d'un autre côté, la tumeur disparaît quelquefois spontanément, la grossesse et l'allaitement paraissent surtout exercer une influence favorable sur ces tumeurs. Sir A. Cooper cite

plusieurs observations dans lesquelles ces tumeurs ont disparu dans ces circonstances ; d'autres fois la tumeur persiste ; mais elle ne prend pas ordinairement le caractère cancéreux.

On peut rapprocher de la maladie précédente cette affection de la mamelle chez l'homme, décrite par M. Velpeau sous le titre d'induration chronique, maladie que l'on a pu confondre avec une tumeur squirrheuse, et qui cède en quelques semaines aux médications résolatives.

CHAPITRE V.

LIPOMES.

Les lipômes de la mamelle diffèrent de son hypertrophie graisseuse, en ce qu'ils se présentent sous la forme de tumeurs bien circonscrites, lobulées, quelquefois même pédiculées. Les lipômes prennent naissance ordinairement dans les parties sous-cutanées de la mamelle. Astley Cooper dit en avoir observé un qui s'était développé entre la glande mammaire et le muscle grand pectoral. Mais cette tumeur doit-elle être considérée comme un lipôme, et ne rentre-t-elle pas plutôt dans l'hypertrophie graisseuse dont nous avons déjà parlé ? La thérapeutique de ces lipômes ne présente pas d'indications particulières.

CHAPITRE VII.

TUMEURS FONGUEUSES SANGUINES.

Ces tumeurs sont très rares, à en juger par le petit nombre d'observations que nous posédons. M. Lisfranc présenta à l'Académie une de ces tumeurs qu'il avait enlevée ; elle occupait toute l'étendue de la mamelle chez une petite fille de deux ans ; cette enfant était affectée de sept tumeurs de ce genre, trois

avaient déjà été extirpées avec succès à des époques différentes. Le traitement de ces tumeurs doit varier suivant leur espèce.

CHAPITRE VIII.

TUMEURS FIBREUSES, OSSEUSES ET CARTILAGINEUSES.

Il est quelquefois difficile de décider à l'inspection anatomique si une tumeur de la mamelle doit être considérée comme une tumeur fibreuse ou comme une variété du squirrhe; on rencontre aussi des tumeurs du sein bien manifestement fibreuses, formées de lames superposées sans interposition de matière lardacée. Ces tumeurs sont assez rares dans la mamelle, elles y ont une marche extrêmement chronique, ne sont point accompagnées de douleurs lancinantes, résistent à tous les moyens propres à déterminer la résolution. Sont-elles susceptibles de dégénérer? Quelques chirurgiens n'hésitent pas à se prononcer pour l'affirmative.

Lorsqu'une tumeur de cette nature existe dans une mamelle, il est presque toujours impossible de déterminer si on a affaire à une tumeur fibreuse ou squirrheuse, un véritable squirrhe pouvant exister même pendant assez longtemps sans donner lieu à aucune douleur.

On pourrait certainement s'abstenir de pratiquer l'extirpation de semblables tumeurs; mais le doute que conserve le chirurgien sur leur véritable nature et la possibilité d'une dégénérescence l'engageront le plus souvent à pratiquer cette opération.

Concrétions osseuses.

La science ne possède sur ce sujet qu'un très petit nombre d'observations. Morgagni (1) rapporte qu'une religieuse de

(1) *Epist.* 4, § 41.

Padoue était affectée depuis 30 ans de tubercules épars dans le sein. Ces tubercules se réunirent à la partie inférieure de la mamelle en une seule tumeur, à surface inégale, où se développèrent des douleurs qui la firent prendre pour un cancer. Ces douleurs acquirent une nouvelle intensité et la tumeur s'ouvrit d'elle-même. Le chirurgien qui donnait ses soins à la malade, extirpa de la tumeur un corps de la grosseur d'une noix ordinaire, qu'il montra à Morgagni. Ce corps était constitué par plusieurs fragments osseux irrégulièrement disposés et de différente grosseur. Entre ces petits os se trouvait une substance ligamenteuse qui noircit en se desséchant, tandis que les os conservèrent leur blancheur. La mamelle guérit, et quoiqu'une ulcération nouvelle eût lieu, la malade mourut d'une autre maladie trois ans plus tard.

Je pense, dit Morgagni (1), que ce corps avait été formé par l'ossification des tuniques des vaisseaux lactés ou sanguins, ou bien par celle des autres membranes.

Bonnet rapporte aussi l'observation d'une religieuse chez laquelle la glande mammaire était entièrement ossifiée (2). Enfin Bidloo (3) et Wolf (4), cités par Morgagni, ont rencontré de semblables ossifications.

S. Ast, Cooper parle d'une tumeur cartilagineuse et osseuse dont il fit l'ablation (5); la tumeur existait depuis 14 ans; elle était le siège de douleurs très vives, surtout aux approches des règles. M. Velpeau a observé plusieurs fois des concrétions des lames osseuses. Disséminées dans la mamelle, il pense qu'elles étaient formées par l'ossification des cloisons interlobulaires.

(1) Loc. cit., § 42.

(2) *Sepulch.*, liv. 3, obs. 61.

(3) *Exercit. anat. chir.*

(4) *Comm. litt.*, an. 1742.

(5) Ast, Cooper, obs. 476.

L'extirpation de ces parties osseuses devrait être pratiquée si elles déterminaient une inflammation ou des douleurs vives dans la mamelle, et si en même temps elles étaient bien circonscrites. Si elles étaient nombreuses, disposées sous forme de rayons de cloisons, il serait préférable d'enlever la totalité de la mamelle.

CHAPITRE IX.

TUBERCULES DE LA MAMELLE.

M. Cooper comprend, sous le nom de *tumeur scrophuleuse de la mamelle*, des altérations qui, d'après la description brève qu'il en donne, rentrent dans l'affection tuberculeuse. Il est à remarquer que les tubercules n'existaient pas dans les cas rapportés à l'état libre, mais qu'ils se trouvaient combinés avec d'autres lésions, de sorte que ces tumeurs étaient de nature complexe. M. Velpeau dit avoir souvent rencontré des tumeurs analogues aux précédentes, sans jamais avoir vu de tubercules isolés dans la mamelle. Il reconnaît deux variétés de tumeurs tuberculeuses complexes. Dans la première, on observe des plaques ou de petites tumeurs rougeâtres siégeant dans la peau et dans le tissu sous-cutané, ressemblant beaucoup à la dégénérescence ligneuse dont cette nuance n'est peut-être qu'un degré avancé; la deuxième variété est constituée par des lobules fibreux ramollis au centre, infiltrés de matière tuberculeuse. Cette dernière forme de tumeur tuberculeuse ou fibro-tuberculeuse est la seule qui constitue, à proprement parler, les tubercules du sein, car nous avons déjà dit que, pour M. Velpeau, la première variété semblait être un degré avancé de la dégénérescence ligneuse. Ces tumeurs fibro-tuberculeuses surviennent quelquefois sans cause connue, d'autres fois à l'occa-

sion d'une irritation extérieure; elles affectent les femmes pâles, lymphatiques, s'accompagnent ordinairement de tumeurs ganglionnaires à l'aisselle et au cou. Elles se distinguent à peine des lobules naturels de la glande dont elles conservent longtemps l'élasticité.

J'ai vu, en 1838, le professeur M. Gerdy extirper des tumeurs qui étaient franchement tuberculeuses, sans aucune lésion concomitante. Les tubercules, au nombre de six, formaient un paquet qui, avant l'opération, soulevaient la peau et proéminaient sous forme de tumeurs mamelonnées; ils étaient en tout semblables à ceux que l'on observe quelquefois dans le cerveau chez les enfants; ils avaient, comme ceux-ci, la densité et la couleur jaune des châtaignes cuites.

L'affection tuberculeuse du sein n'est pas dangereuse par elle-même, seulement elle est le signe d'une constitution détériorée. Le traitement qui convient le mieux est l'extirpation des tumeurs. Il ne faudra y recourir que lorsque la constitution du sujet ne sera pas trop détériorée que les poumons seront sains; et que tous les moyens ordinairement employés dans ces affections scrophuleuses auront échoué.

CHAPITRE X.

TUMEURS ENKYSTÉES DU SEIN.

Sous ce titre fort général, nous rapprocherons des véritables kystes à produit liquide, d'une part, les tumeurs qui renferment du lait plus ou moins altéré ou quelques uns des éléments de ce liquide; de l'autre, les tumeurs qui renferment des hydatides, des corps étrangers, des matières stéatomateuses, des cheveux, etc. Nous étudierons ces maladies dans l'ordre suivant :

Tumeurs laiteuses et butyreuses ;

Concrétions laiteuses ; calculs du sein ;

Kystes du sein ;

Hydatides ;

Kystes à produits anormaux ,

Corps étrangers dans la mamelle.

§ 1^{er} *Tumeurs laiteuses et bytureuses du sein.*

A la suite de sa description de l'engorgement laiteux connu sous le nom de *poil*, et des abcès qui en sont la suite, Boyer rapporte l'observation suivante qu'il emprunte à Wolpy, et à laquelle il ne connaît pas d'analogue. Nous la donnons ici d'après Scarpa, aux soins duquel la malade avait été confiée.

Obs. Une paysanne, âgée de 20 ans, d'une petite stature, d'une constitution robuste, et dont les mamelles étaient naturellement volumineuses, s'aperçut dix jours après un second accouchement, qui d'ailleurs avait été très heureux, d'un gonflement assez considérable dans la région axillaire gauche, et qui n'avait été précédé d'aucun phénomène inflammatoire ; il n'y avait ni fièvre, ni douleur notable. Nonobstant cette tuméfaction, elle continua d'allaiter son enfant des deux mamelles, mais en le présentant plus souvent à gauche qu'à droite, dans l'espoir de hâter la disparition de la tumeur de l'aisselle ; il en résulta un effet tout contraire, car l'écoulement du lait par le mamelon gauche, diminua chaque jour de plus en plus, tandis que le gonflement de l'aisselle s'accrut davantage. Peu à peu cette tuméfaction s'étendit le long du côté externe de la mamelle dont elle envahit la totalité. Alors il n'en sortit plus une goutte de lait, et cet organe acquit, en moins de deux mois, un volume tel qu'il avait près de 34 pouces de circonférence, et quand cette femme était assise, la mamelle était tellement allongée qu'elle appuyait sur la cuisse gauche. Cette vaste tu-

meur était rénitente sur tous les points de sa surface; la peau n'offrait aucune altération appréciable; les veines sous-cutanées étaient sensiblement dilatées. Afin de connaître la nature du liquide qui y était contenu, j'enfonçai un trois-quarts de moyenne grosseur dans la région de l'aisselle où la tuméfaction s'était d'abord prononcée et où les téguments se trouvaient le plus amincis. Au moment où je retirais la tige de l'instrument, il sortit par la canule et par un jet continu, un lait pur sans mélange et dont il s'écoula ainsi dix livres, qui furent recueillies. Je ne fus pas peu surpris d'un semblable fait, ainsi que les assistants, au nombre desquels était le docteur Frank.

A mesure que le lait sortait ainsi par la canule, la mamelle diminuait de volume, et quand elle fut entièrement vidée elle n'était pas sensiblement plus grosse que celle du côté droit. Avant de retirer la canule, je m'en servis pour pratiquer de haut en bas et sur la partie latérale externe de la mamelle une incision d'un pouce de longueur dans laquelle j'introduisis une mèche, afin de faciliter l'entier écoulement du lait, du sang et de la sérosité qui pouvaient exister dans cette cavité accidentelle, et pour déterminer une inflammation adhésive de ses parois.

Les dix livres de lait que j'avais extraites par la ponction furent remises au professeur de chimie M. Sopol, et l'analyse démontra que ce lait, malgré un aussi long séjour hors de son réservoir naturel, n'avait subi aucune altération et ne différait aucunement par ses qualités physiques et chimiques du lait de femme récemment excrété.

L'ouverture que j'avais pratiquée détermina bien le rapprochement de la partie supérieure des parois de la cavité creusée dans la mamelle; mais comme la suppuration du fond et de la partie inférieure ne pouvait s'écouler que difficilement et incomplètement, je fis une contre-ouverture qui me servit à faire

passer ainsi, dans toute l'étendue de la mamelle, un séton semblable à celui que Pott employait pour la cure radicale de l'hydrocèle de la tunique vaginale. En retirant chaque jour quelques-uns des fils qui le composaient, j'obtins enfin l'oblitération entière de ce foyer considérable.

Deux ans plus tard cette femme devint enceinte pour la troisième fois, et ce qui est digne de remarque, c'est qu'elle put allaiter son enfant des deux mamelles sans que l'épanchement laiteux se reproduisît dans la mamelle gauche (1). »

Depuis Scarpa et Boyer la science a acquis quelques notions sur cette maladie singulière. Mais Dupuytren et Ast. Cooper, qui en ont observé des exemples, ne paraissent pas en avoir rencontré où la collection laiteuse eût atteint un volume aussi monstrueux.

A. Cooper a consacré à cette affection un paragraphe intitulé *Engorgements laiteux*. Suivant l'auteur anglais, la cause de cet engorgement serait une inflammation lente des conduits galactophores situés au voisinage du mamelon, inflammation qui aurait pour résultat l'oblitération d'un ou de plusieurs de ces conduits, dans l'étendue d'un pouce et même davantage, et par suite, une accumulation considérable du lait dont les issues seraient fermées à l'extérieur. Ainsi, à cela près de la différence de nature du liquide renfermé dans la tumeur, cet engorgement laiteux aurait la plus grande analogie avec la grenouillette qui consiste, ainsi qu'on le sait, dans l'obstruction du canal de Warthon et l'accumulation de la salive.

Quelque ingénieuse que soit cette théorie de la tumeur laiteuse, nous ne saurions l'admettre sans restriction, surtout en ce qui concerne le siège de la collection. A. Cooper, en effet, paraît penser que le kyste qui l'entourne n'est autre chose qu'un

(1) *Oposcoli di chirurgia*, vol. II, et *Archives*, t. XII, 1^{re} série, p. 112.

conduit galactophore dilaté. Sans nier que dans le principe il puisse y avoir dilatation d'un de ces conduits (ce qui du reste n'est point démontré), il nous paraît impossible qu'il en soit de même dans les cas où la tumeur a acquis un certain développement, pas plus dans le cas précédent, que dans le seul dont A. Cooper rapporte les détails et où la tumeur avait le volume d'une orange, que dans celui de Dupuytren où elle n'était pas plus grosse qu'un œuf de poule. Il est beaucoup plus probable, comme le pensait le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, que l'épanchement de lait est consécutif à la rupture de quelques vaisseaux galactophores (1).

Quelquefois même, au lieu de se former un foyer unique, le lait paraît s'infiltrer en dehors des lobules ou des canaux excréteurs de la glande, soit par suite d'une simple transsudation, soit à l'occasion de quelques ruptures. Le fluide laiteux se dissémine alors dans le tissu cellulo-fibreux ou cellulo-graisseux du sein comme le fait le sang dans le tissu cellulaire à la suite des contusions et des ruptures. Sous cette forme, la mamelle semble être comme imbibée de lait ou de sérum lactescent. Une femme dont le sein paraissait transformé en une masse spongieuse fort sensible depuis quelques jours, a offert en 1838 à M. Velpeau, un exemple de ce genre d'infiltration laiteuse : après une ponction exploratrice il vit exsuder par la piqure une quantité notable de fluide laiteux qui, dit-il, sortait évidemment des mailles du tissu cellulaire (2).

Dans le cas où le lait est réuni en foyer, il n'offre point toujours les mêmes caractères. Lorsque le chirurgien est appelé peu de temps après le développement de la tumeur, la ponction donne issue à du lait pur, qui étant laissé en repos pendant

(1) *Journ. hebdomad.*, 1829, t. iv, p. 227.

(2) Velpeau, *loc. cit.*, p. 82.

quelques heures, se recouvre d'une couche de graisse (1). Quand la maladie date de loin, il est rare que, comme dans l'observation de Scarpa, le lait ait conservé ses propriétés physiques ordinaires. Dans le cas de Dupuytren, où l'affection datait de neuf à dix mois, la matière contenue dans le kyste était épaisse, semblable à de la crème, d'une couleur jaunâtre et sans aucune odeur; l'analyse chimique de cette substance, y démontra la présence de caséum et de substance butyreuse.

Dans l'observation d'A. Cooper, la tumeur existait depuis une année : son ouverture donna issue à du coagulum blanchâtre, nageant dans une petite quantité de sérosité citrine. A une époque plus avancée les parties les plus liquides sont absorbées, et le lait subit dans la mamelle des transformations plus complètes encore. Quelquefois il laisse pour résidu des corps durs, de véritables pierres; nous en ferons l'histoire dans le paragraphe suivant. Ailleurs il forme une tumeur solide; telles sont au moins les conclusions que Dupuytren et M. Velpeau ont tirées de leurs observations, qui laisseront cependant dans les esprits quelques doutes sur la véritable nature des maladies auxquelles ils avaient affaire. Voici celle de Dupuytren :

Obs. « Ce professeur fut appelé auprès d'une femme âgée de quarante ans environ, et qui portait une tumeur assez volumineuse dans le sein. En comprimant cette tumeur, elle conservait l'impression du doigt. Le diagnostic devint des plus embarrassant : néanmoins une incision fut faite et la tumeur ouverte : c'était un kyste contenant une matière tout à fait semblable à de l'adipocire; elle en avait tous les caractères physiques et chimiques » (2).

(1) A. Cooper, *loc. cit.*

(2) *Journ. hebdomad.*, t. iv, 1829, p. 228.

Pour admettre avec Dupuytren que cette adipocire eût été le résultat de la transformation du lait, il faudrait avoir prouvé que l'adipocire ne peut pas se déposer spontanément dans nos tissus, ou du moins que d'autres liquides de l'organisme, tels que le sang, le pus, ne peuvent subir le même changement; car c'est ce qui n'a point été fait. Cette observation n'en est pas moins fort remarquable, et méritait d'être rappelée ici.

Voici maintenant celle de M. Velpeau, qui soulève des questions plus épineuses encore; car elle se rattache à la pathogénie des affections cancéreuses. Nous croyons devoir la reproduire dans tous ses détails, pour justifier ce que nous avons dit plus haut.

Obs. « Une femme, âgée d'environ quarante ans, de petite stature, se portant assez bien du reste, ayant nourri plusieurs enfants, se fit admettre à l'hôpital de la Charité au mois de décembre 1837. Cette femme, qui habite la campagne, présentait au sein droit une tumeur du volume des deux poings, à bosselures très saillantes, indolente, dure, d'une consistance qui tenait le milieu entre celle des tumeurs fibreuses et celle des tumeurs encéphaloïdes non ramollies, mobile, sans rougeur, mais avec amincissement de la peau, dont l'origine ne remontait pas à plus de huit mois, et qui était survenue à la suite d'une lactation et d'un léger engorgement du sein. Ne trouvant là les caractères ni du squirrhe, ni du tissu cérébriforme, ni des dégénérescences ou productions déjà étudiées, je presumai que du lait concret ou endurci pouvait en avoir été le point de départ. Après l'extirpation, nous vîmes que toute la masse, ayant des lames de tissu fibro-cellulaires entrecroisé de lobules glandulaires aplatis et dénaturés, pour trame, était essentiellement constituée par une matière concrète, d'un jaune homogène, ferme, ayant absolument l'aspect de fromage ou de beurre en grande partie desséché; frappé de cet aspect, je priai

M. Donné d'examiner la composition moléculaire de la tumeur; voici quel fut le résultat de son examen. »

« La matière qui m'a été remise par M. Velpeau, dit M. Donné, se présente sous l'aspect d'une espèce de caséum coagulé. En exprimant ou soumettant cette matière au microscope, on y trouve une multitude de globules analogues à ceux du lait, solubles comme eux dans l'éther et l'alcool, et insolubles dans l'ammoniaque; ils sont entremêlés de globules muqueux et des corpuscules granuleux caractéristiques du colostrum. La glande elle-même exprimée fournit des globules semblables. L'eau agitée avec cette matière devient blanche comme du lait et contient les mêmes globules. »

« On aurait pu penser d'après cela qu'il n'y avait pas de récurrence à craindre, il n'en fut malheureusement pas ainsi; la tumeur, complètement enlevée chez la femme dont je parlais tout à l'heure, n'a point tardé à se reproduire. Un peloton du même aspect que les premiers put être remarqué au dessus de la cicatrice, avant la fermeture complète de la plaie. Plus tard, il s'en manifesta d'autres dans le creux de l'aisselle, puis sur divers points du reste de la glande mammaire, sous la cicatrice elle-même, et enfin à toute sa circonférence; le développement en a été tellement rapide qu'aujourd'hui (mai 1838), 4 mois après l'opération, elles forment une masse du volume d'une tête d'enfant, dont les bosselures entières sur quelques points, largement ulcérées sur d'autres, ne pourraient point être distinguées du véritable tissu encéphaloïde, si elles n'offraient çà et là des pelotons de véritable fromage très reconnaissables et faciles à extraire (1). »

Ce qu'il y a de plus extraordinaire, c'est que ces fragments examinés de nouveau par M. Donné ont offert à cet observateur

(1) Velpeau, *loc. cit.*, p. 80-84.

non seulement les globules et les corpuscules granuleux, mais encore le caséum et tous les autres éléments du lait.

Il est impossible de méconnaître dans cette observation la marche et les symptômes d'un véritable cancer, et si l'on s'en tient aux caractères physiques et chimiques connus du lait et du caséum, il faut admettre que les éléments de ces substances retenus dans le sein peuvent y devenir le point de départ des affections organiques les plus graves.

Ce cas différencierait encore sous un autre point de vue des précédents; d'après l'aspect cloisonné de la tumeur, le lait aurait été d'abord épanché en plusieurs foyers distincts avant de dégénérer.

Quoi qu'il en soit, les transformations graduelles que les épanchements de lait subissent dans le sein, justifient complètement l'heureuse comparaison que M. Velpeau a établie entre eux et les épanchements sanguins. Si le liquide est simplement infiltré, la résolution pourra en être aussi facile que celle des larges ecchymoses; s'il est en foyer, surviendront les divers changements dont nous avons parlé.

Les épanchements laiteux surviennent ordinairement peu de temps après les couches, ou du moins pendant la durée de l'allaitement. Leurs symptômes varient suivant l'époque où on les examine. S'il y a peu de temps que la tumeur est développée, le chirurgien peut constater de la fluctuation, bien que la tuméfaction n'ait pas été précédée des symptômes qui annoncent habituellement un abcès. Elle s'accompagne d'une sensation très douloureuse de tension. Lorsque la malade donne le sein à l'enfant dans l'espoir de la faire cesser, la douleur et la tension augmentent par suite de l'afflux du lait qui a lieu au moment où l'enfant commence à exercer la succion. La tumeur n'occupe qu'une partie de la mamelle et s'étend du mamelon vers la circonférence. Les veines superficielles sont très

dilatées; mais, à cela près, la peau ne présente aucune altération sous le rapport de la couleur.

Quand la distension du sein est excessive, dit A. Cooper, auquel nous empruntons les principaux traits de cette description, il s'établit quelquefois une perforation spontanée à travers laquelle le lait s'écoule au dehors. Il est probable que dans ces cas la perforation doit être parfois précédée de l'inflammation du foyer laiteux; il se forme un véritable abcès laiteux tout à fait analogue aux abcès sanguins, suite de contusions. Le diamètre de la perforation est très petit; elle siège habituellement à peu de distance du mamelon. Souvent il arrive que cet orifice reste béant tout le temps de l'allaitement, et le lait qui s'écoule à travers l'ouverture accidentelle est perdu pour la nutrition de l'enfant.

Ordinairement la malade se présente au chirurgien au début de la maladie; mais quelquefois celle-ci est si peu douloureuse, sa marche si lente, que ce n'est que longtemps après et même après la cessation de l'allaitement qu'elle a réclamé ses soins.

Alors, si le lait a déjà subi quelque altération, quelquefois la tumeur s'est complètement enkystée, et elle est dure; rénitente, mobile (1). D'autres fois, le liquide étant en partie réduit en caséum, on ne sent plus qu'une fluctuation obscure. Si la tumeur ne renferme plus que de la matière grasse, de l'adipocire, on ne perçoit plus de fluctuation, mais la mamelle conserve l'impression du doigt; si enfin elle se rapprochait de celle dont il est question dans l'observation de M. Velpeau, il nous paraît bien difficile de ne pas la confondre avec une tumeur encéphaloïde. Dans tous ces cas, d'ailleurs, il faudra remonter avec soin aux commémoratifs de la maladie et à la marche qu'elle a suivie.

(1) Voyez plus bas, obs. de Dupuytren.

Traitement des tumeurs laiteuses. L'indication générale est ici l'évacuation du liquide épanché. Mais les moyens varient suivant la période de l'affection. Si la malade allaite encore et qu'elle ne puisse ou ne veuille sevrer, une simple ponction ne saurait suffire; et si, après avoir donné issue au lait, on laisse l'ouverture se fermer, la collection laiteuse se renouvellera, et en peu de temps se reproduiront les souffrances et l'aspect que présentait auparavant la partie. A. Cooper conseille dans ce cas de pratiquer une ouverture plus étendue, afin de permettre le libre écoulement du lait à travers l'ouverture artificielle, toutes les fois que l'enfant exerce la succion. On imite ainsi ce qui a lieu dans le cas où la maladie étant abandonnée à elle-même, le lait se fraie naturellement une route au dehors, jusqu'à l'époque où la sécrétion s'arrête par suite du sevrage et de l'administration des purgatifs.

Si, au contraire, la malade veut consentir à sevrer son enfant, la sécrétion du lait ne tardera pas à cesser, et une simple ponction pourra suffire, suivant l'auteur anglais, pour désobstruer le conduit galactophore. Cette méthode lui a réussi même à une époque où la maladie datait de 11 mois.

Voici cette observation déjà plusieurs fois indiquée.

Obs. Mistress Reddle eut à l'âge de 38 ans, au sein droit, une tumeur qui parut un mois après la naissance de son dernier enfant. Elle attribuait la formation de cette tumeur à un coup qu'elle prétendait avoir reçu dans le sein. A l'époque à laquelle A. Cooper vit cette tumeur, elle existait déjà depuis une année. La malade avait eu déjà, dans une première grossesse, un abcès du sein, ce qui ne mit point obstacle à la sécrétion du lait dans cet organe, après l'accouchement qui suivit. C'est à la suite du dernier accouchement que se forma la tumeur laiteuse qui atteignit peu à peu le volume d'une orange, ne causant que par intervalle des douleurs peu intenses. La peau

n'offrait aucune altération de couleur, la santé générale était bonne. A. Cooper y ayant reconnu l'existence d'une fluctuation obscure, y pratiqua une ouverture avec la lancette, par laquelle il sortit six onces d'un coagulum blanchâtre, nageant dans une petite quantité de sérosité citrine; l'écoulement du liquide persista pendant trois jours, au bout desquels il cessa complètement.

La nature du contenu du kyste dans l'observation de Dupuytren, la structure du kyste lui-même, font présumer qu'une simple ponction n'aurait pu suffire pour en amener la guérison.

On va voir quelle fut la conduite du chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Obs. Une jeune femme qui avait allaité son enfant pendant quinze mois, sentit une tumeur se manifester dans le sein droit, vers le sixième ou le septième mois de son allaitement. Cette tumeur grossit lentement et sans lui faire éprouver de grandes douleurs. L'allaitement étant terminé, la malade songea à se faire débarrasser de cette tumeur qui lui causait beaucoup d'inquiétude. Elle entra à l'Hôtel-Dieu dans la première quinzaine du mois de juillet 1829. Cette tumeur située au-dessous du mamelon droit était de la grosseur d'un petit œuf de poule environ, dure, rénitente, mobile et sans changement de couleur à la peau. L'état général était des plus satisfaisant, et rien n'indiquait chez elle l'existence d'un vice cancéreux. Dupuytren pencha vers l'existence d'un abcès laiteux enkysté; l'opération seule pouvait décider la question : elle fut pratiquée le 21 juillet, et consista simplement dans une incision longue de deux pouces et demi environ, qui pénétra jusqu'au kyste et l'ouvrit; il en sortit aussitôt une très grande quantité de matière épaisse, semblable à de la crème d'une couleur jaunâtre et sans aucune espèce d'odeur. La matière que contenait le kyste fut entièrement évacuée; celui-ci était inégal, granuleux et très intimement adhérent aux parties environnantes. Dupuytren jugeant

que la dissection en serait longue, douloureuse et difficile, aime mieux provoquer son inflammation, sa suppuration, et par suite l'agglutination de ses parois à l'aide de charpie introduite dans sa capacité.

Concrétions calculeuses de mamelle.

Ainsi que nous l'avons dit tout à l'heure, le lait retenu dans les conduits galactophores, peut perdre totalement ses éléments liquides et se transformer en un véritable calcul analogue à ceux que l'on voit se former dans les conduits sécréteurs des glandes salivaires. Ces calculs laiteux paraissent assez communs chez les femelles d'animaux. Ruysch en a rencontré sur une génisse, Morgagni sur une chienne (1), Dupuytren possédait une assez grande collection de pierres laiteuses, qui lui avaient été fournies pour la plupart par un équarisseur qui les avait recueillies sur les femelles d'animaux qu'il était chargé de dépouiller (2). Les pierres laiteuses ont été aussi observées dans l'espèce humaine; Lævinus; Lemnius Henricus, Rufus, Morgagni, en ont recueilli des exemples. Cl. Bassius (3) parle d'une veuve chez laquelle plusieurs de ces corps produisaient par leur collision un bruit analogue à celui que produiraient de petites pierres en s'entre-choquant.

Ne donnant lieu à aucun symptôme, à aucun accident dans le plus grand nombre de cas, les concrétions laiteuses mériteraient à peine de nous occuper, si elles ne paraissaient susceptibles de devenir parfois le point de départ d'une ulcération ou d'un abcès. Ainsi Haller rapporte que Kulm en ouvrant un abcès du sein d'une jeune fille, trouva un calcul dans

(1) Morg., *epist.* L. § XLIII.

(2) *Journ. hebdom.* t. IV, p. 229.

(3) Morg., *loc. cit.* § XLIV.

le pus qui s'en écoula. Voici la description de cette concrétion anciennement formée dans les conduits galactophores : *Teres erat in spiram contortus figuramque totam ductus lactiferi expressit. Scrupeus cæterum ex albo flavescens, et natura quæ calcis erat... non valdè decorum fuit, in virginis mamma, ejus modi lactis coacti sedimentum reperiri (1).*

Nous rapprocherons des pierres laiteuses une observation curieuse de concrétion calcaire rencontrée chez un homme par Morgagni. Nous remarquerons toutefois que, bien qu'on ait rencontré parfois des hommes dont es mamelles sécrétaient un fluide laiteux, on ne peut guère assigner dans ce cas à la concrétion la même origine que dans les observations faites chez des femmes. La tumeur, en effet, autant qu'on en peut juger par la description, était située sous le grand pectoral.

Obs. Un homme s'aperçut vers l'âge de 21 ans qu'une petite glande commençait à faire saillie vers la partie supérieure du mamelon droit. Cette glande augmenta peu à peu, et dans l'espace d'une année elle avait atteint le volume du pouce. Elle était fort dure, mais n'avait aucun des caractères des tumeurs de mauvaise nature. Au commencement de l'année 1742, 14 mois après son début, cette tumeur s'ouvrit spontanément, et l'on vit qu'elle n'était constituée que par une matière analogue à de la chaux dure dans certains points, plus molle dans d'autres endroits, et contenue dans une enveloppe formée par les téguments et les fibres charnues.

Appelé en consultation avec plusieurs autres personnes, Morgagni toucha cette matière par l'ouverture béante de la tumeur. Comme le père et l'aïeul du malade avaient été très sujets

(1) *Opera minora*, t. III, *obs.* XLII.

à la goutte, que lui-même avait eu quelquefois des douleurs dans le gros orteil, les consultants pensèrent que cette matière était de la nature des concrétions goutteuses, et la plupart d'entre eux craignant une métastase sur quelques parties plus importantes, n'osèrent conseiller l'incision de la tumeur. Ces avis furent goûtés, d'autant plus volontiers que la matière sortait peu à peu d'elle-même ; mais la fièvre étant survenue, il se joignit à ce qui restait une nouvelle quantité de matière de même genre. Ennuyé de ces retards, le malade se confia aux soins d'un chirurgien, qui ayant entièrement enlevé la tumeur, n'eut pas de peine à déterminer la cicatrice. Depuis, le malade, autant que Morgagni a pu le savoir, n'a été sujet à aucun accident (1).

§ III. *Kystes proprement dits du sein.*

A en juger par le nombre des observations connues, les kystes du sein forment une classe d'affections assez communes. Cependant les auteurs classiques lui consacrent à peine quelques mots. Boyer en admet deux espèces ; l'une renfermant le véritable kyste à parois celluluses, les autres à parois épaisses, dures, squirrheuses et lardacées, qui ne forment qu'une variété parmi les affections cancéreuses.

A Cooper qui distingue avec soin les kystes du sein des maladies cancéreuses, avec lesquelles cependant il ne nie point leur complication possible, la décrit sous le titre général de maladie hydatique de la mamelle. Il en admet trois espèces principales : la troisième seule est réellement constituée par l'hydatide, elle sera étudiée à part dans un des paragraphes suivants. Quant aux deux premières espèces, ce sont bien réel-

(1) *Loc. cit.*, § XLV, XLVI.

lement des kystes. Nous dirons plus loin en quoi elles diffèrent l'une de l'autre ; mais nous ne croyons point devoir suivre la classification d'A. Cooper, qui n'a établi sa deuxième espèce que d'après un seul cas. Cette classification laisserait d'ailleurs en dehors d'elle des variétés bien distinctes dont nous trouverons des exemples dans le travail de M. Velpeau ; nous préférons prendre pour base les différences qui pourraient entraîner des modifications capitales dans le traitement ; et nous croyons que le nombre des poches de la tumeur nous fournira cette base de classification. Nous aurons donc à traiter successivement des kystes uniloculaires et des kystes à loges multiples, en ayant soin de décrire dans chacune de ces grandes classes les diverses variétés constatées par l'observation.

Avant d'arriver à cette description, nous dirons quelques mots sur l'étiologie et la pathogénie de divers kystes du sein. Comme dans tous les cas où ces questions sont posées à propos des productions nouvelles formées dans l'organisme, il règne ici une bien grande obscurité. Deux théories principales cependant sont en présence pour expliquer le mode de formation des kystes du sein. D'un côté A. Cooper paraît admettre que la formation des kystes est précédée d'une inflammation chronique de nature spécifique. M. Velpeau s'est constitué le défenseur de la théorie des transformations successives des liquides organiques épanchés, et lui a donné une grande extension. Il fait remonter la plupart des kystes à un épanchement de sang ou même de lait dont les particules solides auraient été résorbées. C'est surtout à propos de la variété de kystes multiples, qu'il appelle séro-sanguins, qu'il développe sa manière de voir.

« Ces kystes, dit-il, paraissent tenir à deux ordres de causes, à quelque violence extérieure ou bien à une réaction utérine, aux troubles de la menstruation. Toutes les femmes

que j'ai pu observer et qui en étaient affectées, accusaient quelque coup, quelque pression accidentelle sur le sein. Chez l'une c'était un coup de coude; l'autre s'était heurtée contre l'angle d'un meuble; un paquet était tombé sur la poitrine d'une troisième, au moment où elle le détachait de son magasin. Il m'a semblé que les femmes non mariées y étaient plus sujettes que les autres, et deux de ces dernières avaient eu, à plusieurs reprises, une suppression de règles. Du reste, la liaison entre les causes que j'indique et la maladie n'est pas toujours évidente; seulement l'observation ayant appris qu'aux époques menstruelles il se fait quelquefois des ecchymoses dans le sein chez un certain nombre de femmes, parmi celles qui gardent volontairement ou forcément le célibat, et que, sous l'influence des troubles des fonctions utérines, des exhalations soit séreuses, soit sanguines, s'effectuent parfois dans la mamelle, je crois qu'il est permis d'adopter, au moins provisoirement, l'hypothèse que je viens de proposer. Partant de là, il serait aisé de s'expliquer comment le nombre des kystes est essentiellement variable, comment leur développement se fait avec tant de lenteur, peut même s'arrêter pendant quelques mois ou quelques années pour reprendre ensuite avec plus ou moins d'intensité; comment la santé générale se maintient bonne, comment la matière qui la remplit est tantôt plus, tantôt moins fluide, tantôt simplement roussâtre ou jaunâtre, et tantôt d'un noir très prononcé; comment enfin les éléments organiques naturels du sein ne semblent avoir souffert que mécaniquement, et restent ainsi des années entières sans dégénérer au voisinage de ces tumeurs (1). »

Il est rare du reste qu'on puisse remonter aussi facilement à la cause de la maladie; dans quelques cas les kystes sont sur-

(1) *Loc. cit.*, p. 72.

venus peu de temps après l'accouchement (1); dans d'autres les malades avaient reçu des coups dans le sein, mais souvent longtemps avant le début de la maladie; dans le plus grand nombre des cas, elles n'assignaient aucune cause à leur affection.

L'âge des malades ne peut nous donner non plus de renseignements bien susceptibles de nous faire remonter à cette cause cachée, car chez les femmes qui font le sujet des observations que nous avons sous les yeux, cet âge variait entre 20 et 60 ans. Cependant, si l'on considère l'époque où la tumeur a commencé à se développer, on peut dire qu'à part deux ou trois cas, les malades étaient au dessous de 40 ans; une même était au dessous de 20 ans.

J'ajouterai qu'Astley Cooper n'a jamais vu cette maladie affecter simultanément les deux mamelles.

A. *Kystes uniloculaires.*

Les kystes liquides uniloculaires sont peut-être plus rares que les kystes à plusieurs loges, bien que Boyer ait prétendu le contraire. Leur structure est fort variable; tantôt ce sont des *kystes séreux*, à parois celluleuses plus ou moins épaisses, et renfermant une sérosité incolore ou d'une couleur paille très légère, mais parfaitement limpide. Quelquefois, à la vérité, le liquide offre une teinte verdâtre et une odeur légèrement fétide ce que M. Cumin, qui en rapporte un exemple (2), croit devoir attribuer à la longue durée de la maladie ou à l'épanchement accidentel de quelques gouttes de sang dans la cavité du kyste. D'autres fois la matière contenue dans ces kystes a une con-

(1) MM. Velpeau, Cumin, Warren, A. Cooper.

(2) *Edimb. Journ.*, avril 1827, p. 228.

sistance glaireuse ou mucilagineuse, et offre une couleur grise ou jaunâtre. M. Velpeau décrit cette dernière variété sous le nom de *kystes séro-muqueux*. Dans l'un des trois cas observés par lui, le kyste avait le volume d'un petit œuf de poule et était rempli d'un fluide onctueux, d'un gris blanchâtre et oléagineux. Les parois de ce kyste étaient ossifiées à la manière des artères chez les vieillards, elles étaient en partie constituées par une lame osseuse, mince, flexible, craquant sous le doigt comme une feuille de parchemin, et adhérant d'une manière intime aux tissus environnants (1). Dans les deux autres cas, les parois du kyste n'avaient pas subi la transformation calcaire, bien que le liquide qu'il contenait offrit les mêmes caractères que dans le cas précédent.

Il se dépose quelquefois, autour des kystes séreux de la mamelle, une matière fibrineuse qui double en quelque sorte le kyste, et forme une véritable induration autour de lui. A. Cooper en rapporte un cas.

Obs. « Mrs. Hyles, âgée de vingt huit ans, portait depuis trois ans au sein gauche une tumeur qui, aux époques menstruelles et dans les changements de température, devenait quelquefois douloureuse.

La maladie avait débuté par une tumeur qui avait le volume d'une noisette à l'époque où elle attira l'attention pour la première fois, et qui était dure et mobile. Cette tumeur prit peu à peu de l'accroissement, et atteignit enfin un diamètre d'environ deux pouces. La santé générale était bonne. Mon neveu, M. Bransby Cooper, enleva la tumeur en ma présence. Au moment où il incisa la tumeur, un kyste plein de sérosité fut ouvert; les parois de ce kyste parurent très vasculaires; on en fit l'excision, aussi bien que celle de la tumeur solide coexistante, et la plaie parut s'être cicatrisée au bout de quinze jours; mais

(1) Velpeau, *loc. cit.*, p. 74.

il se forma un abcès qui suppura pendant six semaines et finit par se fermer complètement.

« La tumeur n'était autre chose qu'un simple kyste, formé dans le tissu cellulaire de la mamelle, renfermant une grande quantité de sérosité, et qui s'était entouré d'un tissu devenu solide et induré par suite d'une effusion fibrineuse (1) ».

Le volume du kyste uniloculaire semble varier suivant les espèces. Ainsi les kystes séreux atteindraient assez rapidement un volume assez considérable. Nous lisons dans l'observation 452^{me} d'A. Cooper que la tumeur avait deux pouces et demi de diamètre, et que plusieurs mois après, elle avait encore fait des progrès considérables; elle avait deux pouces de diamètre dans l'observation 454^{me}, déjà citée. Monro, Flajani, Richter ont rencontré dans la mamelle des kystes séreux qui contenaient plusieurs livres de sérosité (2). Enfin, dans un cas que M. Velpeau a observé chez un enfant de quinze ans, la tumeur envahissait toute la région mammaire, et s'étendait encore un peu du côté de l'aisselle. Dans les trois cas de kystes séro-muqueux observés par le même professeur, le volume de la tumeur variait de la grosseur d'une noix à celle d'un petit œuf de poule.

Le siège des kystes du sein a rarement été déterminé d'une manière précise, dans les observations que nous avons pu rassembler. Nous lisons dans l'observation d'A. Cooper, déjà citée tout à l'heure, que le kyste était formé dans le tissu cellulaire de la mamelle. Les trois cas de kystes séro-muqueux relatés dans le travail de M. Velpeau étaient sous-cutanés; il en était évidemment de même chez l'enfant observé à la Charité. Enfin M. Cruveilhier en a observé un développé dans l'épaisseur

(1) A. Cooper, *loc. cit.*, p. 512, obs. 454.

(2) Scarpa. *Arch. gén.* 1^{re} série, t. 12, p. 114.

même de la glande mammaire (1). Nous retrouvons donc ici, en quelque sorte, la division qui a été établie pour les abcès ; à la vérité nous n'avons pas à citer d'observations de kystes uniloculaires sous-mammaires ; mais leur existence est rendue fort probable par une observation de kyste hydatique appartenant à cette région, et que l'on retrouvera dans un des paragraphes suivants.

Les kystes uniloculaires du sein commençant d'ordinaire par une petite tumeur dure, mobile sous la peau ou avec la glande, suivant son siège, et indolente, il est rare qu'on parvienne à les apprécier dans les premiers temps de leur existence. Jusqu'à ce qu'elles aient acquis un certain développement, l'induration des tissus environnants ne permet pas de constater l'existence de la fluctuation, qui seule pourrait mettre sur la voie du diagnostic. Aussi les prend-on souvent, à cette période, pour des tumeurs fibreuses ou squirrheuses ; et ce n'est que pendant l'opération, qu'un coup de bistouri donné dans le kyste fait écouler la sérosité et reconnaître la véritable nature de la maladie.

Ainsi, le cas que nous citons tout à l'heure, d'après M. Cruveilhier, en avait imposé à un praticien très distingué, pour une tumeur squirrheuse ; pendant qu'on cherchait à isoler de tous côtés cette prétendue glande, le kyste fut ouvert, la sérosité s'écoula, et un peu de charpie, introduite dans sa cavité, produisit l'inflammation des parois opposées et leur adhérence. Dans le cas de M. Cumin, bien qu'il y eût de la fluctuation dans un point de la tumeur, l'induration des parties environnantes, causée par le refoulement de la glande, avait fait croire à un cancer ; et ce ne fut qu'après l'ablation de la mamelle qu'on reconnut qu'elle était saine. Dans ce cas, une circonstance avait aussi contribué à en imposer ; il y avait des gan-

(1) *Anat. pathol.*, 1816, t. 1, p. 264.

glions engorgés dans l'aisselle. Il en fut de même enfin dans le cas de *Mistress Hyles*. Quand, au contraire, le liquide est devenu plus abondant, il est souvent possible de reconnaître sa présence; le volume de la tumeur, surtout si elle n'est pas située profondément, permet de s'assurer de la fluctuation, et, si l'on conserve quelque doute, on peut au moins pratiquer une ponction exploratrice. On a ainsi l'avantage de constater d'une manière positive la présence du liquide et d'en reconnaître la nature. Toutefois, la ponction n'est pas le seul moyen qu'on puisse employer préalablement à l'opération; pour savoir si la liqueur contenue dans le kyste est ou non de la sérosité. Dans quelques circonstances, qui sans doute se présenteront fort rarement, on pourra avoir recours au mode d'exploration usité pour l'hydrocèle; et si les parties qui séparent le liquide de la peau sont peu épaisses, si la poche fait assez de saillie pour que les rayons lumineux qu'on fait arriver sur l'une deses parois puissent facilement la traverser et ressortir par la paroi opposée, rien ne s'opposera à ce qu'on distingue la transparence. Une observation curieuse, déjà plusieurs fois citée dans les pages précédentes, offre une preuve complète de cette assertion. Dans ce cas, le kyste, par son volume, rappelle ces larges kystes séreux du cou, avec lesquels elle a encore d'autres analogies. C'est une véritable *hydrocèle du sein*.

Les kystes à une seule loge ne constituent jamais une maladie grave par elle-même. Il n'y a que sa complication assez commune avec les diverses espèces de cancer, dont nous donnerons des exemples dans le chapitre que nous consacrons aux tumeurs composées, qui puisse faire craindre la récurrence après leur ablation. Quant à leur terminaison possible, quand ils sont abandonnés à eux-mêmes, nous renvoyons à ce que nous dirons tout à l'heure, avec *A. Cooper*, de celle des tumeurs à plusieurs loges. A la vérité, les paroles de l'auteur anglais

semblent s'appliquer également aux unes et aux autres ; mais, comme il ne s'exprime pas formellement à cet égard, et que, d'un autre côté, nous n'avons trouvé aucune observation particulière, nous nous abstenons d'en parler ici.

Comme nous ne connaissons pas d'exemples où la maladie ait disparu spontanément, et comme son accroissement peut, sinon déterminer des accidents sérieux, au moins causer beaucoup de gêne aux malades, il convient de leur opposer un traitement. Peut-être, dit M. Velpeau, que les topiques résolutifs, tels que les pommades iodurées, les compresses imbibées de solution de muriate d'ammoniaque, aidés de la compression, pourraient triompher de quelques kystes séreux, si on avait recours à ces moyens dès le principe. On pourrait encore, si toute opération était repoussée par les malades, essayer l'application des grands vésicatoires volans sur la tumeur ; mais il est évident que, le plus souvent, surtout si la tumeur est ancienne ou volumineuse, on n'a rien à attendre que des moyens chirurgicaux.

On a vu quelquefois, dans ces cas, une simple ponction procurer une guérison radicale. En voici un exemple emprunté à A. Cooper :

Obs. Miss T., jeune Irlandaise, vint me consulter pour une tumeur qu'elle portait à la mamelle droite. Au centre de la tumeur on percevait une fluctuation distincte, circonscrite de tous côtés par des tissus indurés. Je pratiquai tout d'abord dans cette tumeur une ponction à l'aide de la lancette. L'ouverture donna issue à une sérosité parfaitement limpide et même moins colorée que ne l'est habituellement la sérosité. Après l'issue de ce liquide, je plaçai un emplâtre agglutinatif sur la plaie qui se cicatrisa sans l'emploi d'aucun autre moyen. Depuis lors, j'ai eu fréquemment des nouvelles de cette dame. La tumeur solide de la mamelle a persisté pendant un temps

assez long, puis l'autre sein est devenu le siège d'un gonflement accompagné de douleurs. Cependant, l'emploi de médicaments altérants, des bains de mer et des topiques adoucissants, fut suivi de la disparition de la tumeur et du malaise qu'elle déterminait. Depuis lors cette jeune personne est parfaitement guérie, sans avoir eu besoin de recourir à aucune opération (1).

Dans les cas ordinaires, une simple ponction ne peut suffire; il faut recourir à d'autres méthodes thérapeutiques qui varieront suivant le développement de l'affection, et peut-être suivant sa nature. Ainsi, quand la poche est assez large pour qu'en puisse y faire arriver un trois-quarts muni de sa canule, on pourrait, comme l'a fait M. Velpeau, mettre en usage la méthode de l'hydrocèle par injection. Après avoir vidé le sac, on y injecterait immédiatement un mélange de deux ou trois gros de teinture alcoolique d'iode par once d'eau. Si une première injection ne suffisait pas, rien n'empêcherait d'agir plus tard sur les bosselures qui se seraient reformées, comme on l'aurait fait d'abord pour le kyste lui-même. Le mélange de teinture d'iode et d'eau pouvant, ainsi que l'a démontré M. Velpeau, être abandonné dans le kyste, et ne produisant qu'une réaction fort modérée, n'expose par conséquent à aucun inconvénient sérieux; et comme d'ailleurs il a déterminé la guérison radicale de kystes situés dans d'autres régions, qu'il a réussi dans la seule tumeur du sein où M. Velpeau ait eu occasion d'y recourir, on a des raisons suffisantes pour conseiller son emploi dans les cas où il sera possible.

Si la ponction et l'injection iodée ne suffisaient pas, si la tumeur n'était point assez volumineuse pour permettre l'usage du trois-quarts, on devrait recourir au séton ou à l'incision de toute l'étendue du kyste, et le pansement à nu de sa cavité amè-

(1) *Loc. cit.*, ob. 453 p. 512.

nerait la suppuration et le recollement de ses parois du fond vers les bords. Cette méthode a réussi dans le cas observé par M. Cruveilhier. A. Cooper a obtenu le même résultat d'une simple ponction exploratrice, par l'ouverture de laquelle il introduisit un peu de charpie qui fit développer une inflammation adhésive, à la suite de laquelle la malade guérit fort bien et sans récidive ultérieure. (*Obs.* 452°.)

L'extirpation du kyste ne doit donc être proposée qu'en dernier lieu, et seulement après l'insuccès des autres moyens. Toutefois, si pendant l'incision du kyste on trouvait ses parois fort épaissies ou dégénérées, il conviendrait de l'enlever. Quand la tumeur est peu considérable, comme dans les kystes séro-muqueux, peut-être conviendrait-il mieux encore d'en faire l'ablation, qui alors n'expose à aucun danger et garantit mieux contre la chance de la reproduction du liquide. Dans ces cas d'ailleurs, comme on reconnaît rarement la nature de la maladie, rarement aussi a-t-on à choisir entre plusieurs méthodes.

B. Kystes multiples du sein.

Plus encore que les kystes à une seule poche, les kystes multiples du sein ont offert aux chirurgiens qui les ont observés de grandes variétés de structure. A. Cooper, et d'après lui, en Angleterre, M. Cumin, en Amérique, M. Warren, ont décrit sous le nom d'*hydatide celluleuse* une affection dont on ne trouve aucun exemple dans les écrivains français (1). L'*hydatide celluleuse* de la mamelle consiste dans une tumeur en partie li-

(1) La première espèce de tumeurs enkystées du sein, à laquelle A. Cooper donne le nom d'*hydatide celluleuse*, renferme, avec les kystes multiples, un certain nombre de kystes uniques; il en a été question dans le paragraphe précédent.

quide, en partie solide, formée par le dépôt dans les interstices des lobules de la glande, et dans le tissu fibreux et celluleux qui isole ses divers compartiments, d'une certaine quantité de matière fibrineuse, au sein de laquelle se développent des poches contenant du liquide. Ce liquide est tantôt séreux, quelquefois glaireux et même muqueux; dans son intérieur on trouve des hydatides suspendues par de petits filaments, mais on y trouve aussi quelques globules arrondis. Avant d'avoir ouvert ces globules, A. Cooper avait pensé, d'après leur aspect extérieur, qu'ils ne constituaient que de simples cellules; mais au lieu d'être entièrement creux, ces globules renferment du tissu cellulaire qui lui-même est infiltré de sérosité. Il en résulte qu'à l'extérieur les globules réveillent l'idée d'un kyste ou d'une hydatide, à cause du liquide qu'ils renferment, tandis qu'intérieurement ils offrent un aspect semblable à celui des engorgements œdémateux. Les parois des kystes sont entièrement vasculaires et les veines y acquièrent une dilatation considérable. Il en résulte que souvent il s'écoule beaucoup de sang pendant et après l'extirpation du sein, quand on la pratique pour cette maladie (1).

Plusieurs fois A. Cooper a vu cette maladie bornée à une partie seulement de la mamelle; mais dans la plupart des cas elle en envahit la totalité; l'organe est alors rempli d'une matière fibrineuse qui, continuant à être secrétée sous l'influence de l'irritation lente et permanente qu'exerce la présence de kystes très nombreux, finit par faire en quelque sorte disparaître le tissu glanduleux. Quelquefois, cependant, au lieu d'être complètement isolés par la substance dont nous venons de parler, les kystes se réunissent en grappe; mais ce sont les cas les plus rares (2).

(1) A. Cooper, *loc. cit.*, p. 511.

(2) A. Cooper, obs. 462, p. 515.

Le volume des kystes est très variable. Au début de la maladie ils ne sont guère plus gros qu'une tête d'épingle ; mais bientôt quelques uns d'entre eux prennent un accroissement considérable et souvent subit, ce qui explique la rapidité du développement de l'affection dans certains cas. Nous citerons ici un exemple de ce genre emprunté à M. Warren : cette observation nous donnera en outre une espèce de specimen de l'anatomie pathologique de l'*hydatide celluleuse*.

Obs. « Miss.... jouissait d'une bonne santé ; elle découvrit par hasard, au mois de mai 1836, une petite induration dans son sein gauche. Cette tumeur fit des progrès jusqu'au mois d'août, époque à laquelle je la vis. Le sein était petit et aplati ; et de prime-abord son état normal paraissait à peine changé : mais si on le comparait avec l'autre, on reconnaissait qu'il était manifestement induré et un peu tuméfié. Un mois après, il s'était développé considérablement d'un côté, ne causait aucune douleur, mais seulement un peu de gêne. La peau était mobile, non adhérente, sans changement de couleur ; seulement le mamelon était un peu enfoncé par suite de la tuméfaction des parties environnantes, bien que lui-même fût réellement hypertrophié. La malade était d'un âge où peut se développer le squirrhe ; j'aurais cru avoir affaire à cette maladie, n'eût été l'absence de toute douleur et la rapidité du développement de la tumeur. Comme le cas était obscur, je crus qu'il était nécessaire de pratiquer l'extirpation. La malade y consentit. Toute la glande fut enlevée en laissant une couche de tissu cellulaire sur le muscle pectoral. La plaie se réunit par première intention, et la malade fut guérie en peu de jours.

La tumeur, après son extirpation, fut trouvée beaucoup plus dure qu'une glande saine, mais non squirrheuse. Sa surface antérieure ne présentait rien de remarquable de prime-abord ; en arrière, j'aperçus une tumeur molle du volume d'une noix

muscade, remplie d'une eau rougeâtre. Dans son voisinage étaient de petits kystes, les uns à parois opaques, les autres formant des sacs transparents, et d'une teinte jaunâtre, en raison de la couleur du liquide qu'ils contenaient. On voyait d'autres petites éminences qui couvraient toute la surface postérieure de la glande, dont plusieurs n'étaient pas plus grosses que la tête d'une épingle et ne paraissaient pas contenir de liquide. En examinant alors de nouveau la face antérieure, je vis, à l'aide d'une légère section, que toute la glande était farcie de ces corps pas plus gros qu'une tête d'épingle. Le tissu glanduleux paraissait enseveli dans une substance blanche de nouvelle formation qui lui donnait un aspect tout particulier et semblait déposée entre les lobes et remplie des petits corps dont nous avons parlé. »

La tumeur était donc constituée par l'espèce d'hydatide que A. Cooper nomme hydatide celluleuse dans sa période commençante. L'accroissement subit du volume fut causé par la formation du liquide dans le kyste le plus volumineux, qui constituait une partie considérable de la tumeur. Si l'on avait abandonné la maladie à elle-même, elle aurait bientôt atteint un grand développement (1).

Le volume de la masse entière de la tumeur est également fort variable, suivant l'époque de la maladie. Le sein le plus volumineux que A. Cooper ait vu affecté d'hydatide celluleuse pesait neuf livres (la maladie datant d'environ deux ans et demi); mais dans les autres cas qu'il a eu occasion d'observer, bien que la mamelle fût farcie de ces sortes de kystes, cependant le volume ne dépassait jamais le double de celui de la mamelle du côté sain. M. Warren rapporte un cas où la tu-

(1) A. Cooper, obs. 459, p. 513,

meur fut pesée après l'opération : elle était de douze à treize livres; elle consistait, dit-il, en hydatides globulaires, unies par une gangue de lymphes coagulable. Quelques uns des larges kystes contenaient un fluide glaireux.

Leur grosseur variait entre deux pouces de diamètre et le volume d'une petite dragée (*small shot*); leurs parois étaient aussi fort inégalement épaissies; quelques unes n'avaient qu'une seule membrane; d'autres en avaient deux ou trois. La matière solide qui les environnait était remarquablement consistante (1).

La tumeur était plus volumineuse encore dans l'observation suivante, que nous reproduisons d'après A. Cooper, qui en fait sa seconde espèce de maladie hydatique de la mamelle.

Obs. « Mistriss Kines, âgée de cinquante-huit ans, portait au sein gauche un gonflement énorme, dont elle avait aperçu le début il y a quatorze ans, et qu'elle avait attribué à un coup. La première fois qu'elle reconnut cette tumeur, elle avait le volume d'une bille de marbre, était dure et ne causait aucune douleur; elle semblait comme ensevelie dans la substance du sein, et n'était pas très mobile dans le tissu de la glande.

» Elle n'avait augmenté de volume que d'une manière graduelle, jusqu'à il y a environ deux ans, époque à laquelle elle avait acquis le volume d'un melon; mais alors elle parut s'accroître brusquement, et continua à se développer avec plus de rapidité qu'auparavant. Du reste, elle était toujours sans douleur, et la santé générale ne paraissait éprouver aucune altération.

» A la fin de l'année dernière, la tumeur subit un nouvel accroissement brusque. La malade était toujours exempte de douleurs, excepté cependant quand elle était saisie par le

(1) Des tumeurs, p. 207.

froid, elle ressentait alors en effet dans la partie un léger sentiment de malaise.

» Le 30 septembre 1822 je vis cette malade pour la première fois : la tumeur mesurée à cette époque présentait trente-cinq pouces de circonférence. Elle était solide dans la plus grande partie; mais dans quelques points elle était molle et fluctuante. Il y avait évidemment une poche contenant une quantité considérable de liquide.

« La portion solide de la tumeur en occupait la partie la plus élevée; la partie occupée par le liquide siégeait à la région déclive. Santé générale bonne. La malade ne souffrait que du poids de la tumeur, par les tractions qu'elle exerçait sur la peau et le pectoral.

» Le 1^{er} octobre, je fis l'ablation de la tumeur, et le septième jour la plaie était cicatrisée. La fièvre d'irritation qui avait succédé à l'opération avait été très légère. La malade se rétablit parfaitement sans qu'il survint aucune circonstance fâcheuse.

» La tumeur était constituée par la mamelle, en grande partie indurée par de la matière fibrineuse, épanchée par masses dans le tissu cellulaire. Dans plusieurs de ses points la tumeur contenait des sacs remplis de sérosité et formant des kystes fluctuants de divers volumes.

» Dans chacune de ces cellules était suspendue une grappe de tumeurs semblables à des polypes, soutenue par un petit pédicule; les petits appendices flottants paraissaient nager dans le liquide au sein duquel ils étaient plongés dans chaque kyste; les autres dans la matière solide épanchée dans le tissu du sein. Et, à prendre la totalité de la tumeur, un nombre considérable de ces hydatides s'était formé dans cette masse solide.

» Le volume de ces kystes secondaires était variable, mais le

plus considérable n'excédait pas un grain d'orge dont ils avaient la forme. Quand on les eut ouverts, ils présentèrent un grand nombre de lamelles semblables à celles du cristallin de l'homme, ou aux écailles d'un ognon : il était facile de les détacher les unes des autres. Lorsqu'ils furent détachés du sein, ils présentèrent l'aspect d'une perle et la structure laminée que la perle présente intérieurement. Les kystes plus grands, dans lesquels ils étaient renfermés, constituaient un sac complètement tapissé à l'intérieur par une membrane très vasculaire, semblable aux autres surfaces sécrétantes, et la substance solide qui entourait le kyste présentait un plus grand nombre de vaisseaux au contact du kyste qu'à une certaine distance de lui (1).

— Cooper élève la question de savoir si ces productions ne sont pas de la nature des véritables hydatides (dont il sera traité dans le paragraphe suivant), qui auraient péri sous l'influence de la pression produite par la matière solide dont elles étaient entourées, ou bien si elles sont un produit des artères de la partie ?

— On pourrait ajouter, si elles ne seraient pas le résultat de la transformation d'un épanchement sanguin ancien?—mais il faut laisser à des observations à venir la détermination de ce point de pathologie.

La troisième variété de kystes multiples dont nous ayons à nous occuper ici, a été décrite, par M. Velpeau, sous le nom de *kystes séro-sanguins*, en raison, sans doute, du mode de développement qu'il leur assigne, et de la nature des fluides qu'ils contiennent. Les kystes multiples qu'il a rencontrés dans le sein étaient effectivement remplis d'une matière liquide noire ou roussâtre, ayant quelque analogie avec le fluide menstruel. Cette variété, ainsi qu'on en pourra juger par l'observation suivante,

(1) A. Cooper, p. 516-17, obs. 464.

se rapproche beaucoup des tumeurs décrites par les Anglais, sans se confondre avec elles.

« Une demoiselle âgée de 36 ans, douée d'ailleurs d'une excellente santé, en avait treize dans l'épaisseur du sein gauche. Avant l'extirpation, ces tumeurs donnaient au sein l'aspect bosselé et la consistance fongueuse des productions encéphaloïdes. L'absence de toute douleur à la pression, l'état naturel des téguments et de la couche sous-cutanée, la lenteur que le mal avait mis à se développer, et l'état général des fonctions, suffisaient d'ailleurs pour éviter toute méprise. De ces kystes, qui avaient leur siège dans le tissu cellulo-fibreux interlobulaire, et dont les parois étaient légèrement endurcies et comme lardacées, deux offraient le volume d'un petit œuf de poule ; d'autres égalaient celui d'une noix ; plusieurs n'étaient pas plus gros qu'une noisette. Aucun ne communiquait avec le kyste voisin. Tous étaient séparés par une certaine épaisseur de tissu sain. Il était d'ailleurs facile de distinguer entre eux le tissu glandulaire et les autres éléments naturels du sein, de se convaincre en un mot qu'il n'y avait là ni dégénérescence, ni transformation, mais bien de simples collections anormales entre les couches primitives de la glande mammaire (1). »

Les premiers symptômes annonçant le développement de l'hydatide celluleuse sont souvent une simple induration générale de la glande avec augmentation légère dans son volume (2), de telle sorte qu'il est très difficile à cette époque de la distinguer de l'inflammation chronique simple de la mamelle, qui en diffère cependant, en ce qu'elle est douloureuse à la pression. Dans d'autres cas peut-être plus communs, toute la mamelle n'est pas envahie d'emblée ; il n'existe d'abord qu'une

(1) Velpeau, *loc. cit.*, p. 71.

(2) Voy. plus haut l'observation de M. Warren.

petite tumeur dure et mobile située plus ou moins profondément à quelque distance du mamelon (1), et qu'il est impossible de distinguer des diverses tumeurs solides ou liquides qui commencent de la même manière. A partir de cette époque, l'augmentation de volume se fait avec une certaine lenteur sans que la tumeur cesse d'être parfaitement mobile sous le grand pectoral. Elle continue également à être entièrement solide, et le diagnostic reste toujours enveloppé de la même obscurité. On ne peut y arriver que lorsque l'un des kystes, se rapprochant de la peau, permet d'apprécier la fluctuation; dès lors le développement s'effectue d'ordinaire avec plus de rapidité; quelquefois même il est presque subit. L'on voit ensuite successivement se prononcer plusieurs foyers distincts, rénitents, qui donnent à la tumeur un aspect bosselé. Ainsi on lit dans M. Warren que la tumeur de douze à treize livres observée par lui occupait toute la mamelle et semblait formée d'une collection de corps globulaires qui donnaient à ces organes un aspect noueux tout à fait irrégulier. Quelques-unes de ces bosselures étaient molles et élastiques et indiquaient la présence d'un liquide (2). Le principal moyen d'arriver au diagnostic des *kystes séro-sanguins* serait aussi la présence de ces bosselures sans amincissement, ni épaissement, ni coloration morbide des téguments, et la sensation de masses globuleuses, élastiques, fluctuantes ou comme fongueuses que donne alors l'exploration du sein malade (3); toutefois, ces caractères ne pourraient suffire pour distinguer les kystes séro-sanguins de l'hydatide celluleuse. Le seul moyen d'arriver à un diagnostic précis consiste à faire une ponction dans le kyste. Le chirurgien est

(1) A. Cooper, obs. 459 à 462.

(2) Des tumeurs, p. 206.

(3) *Loc. cit.*, p. 71.

immédiatement éclairé sur la véritable nature de la tumeur par la couleur du liquide qui s'écoule.

Au reste, on peut distinguer les diverses espèces de kystes multiples du sein, à l'indolence presque complète de la tumeur, surtout au début de la maladie. Plus tard, il arrive quelquefois que la mamelle a acquis un grand volume, que les malades ressentent dans le sein une chaleur inaccoutumée. Quelques femmes même éprouvent des douleurs dans l'organe malade et dans l'épaule correspondante; mais rarement il y a de véritables douleurs lancinantes. Il n'y a d'ailleurs aucune altération dans la santé générale, et les symptômes locaux et généraux sont si peu apparents, que l'on ne pourrait soupçonner l'affection dont la malade est atteinte, et à part la gêne et la fatigue que cause le poids d'une tumeur volumineuse, et en même temps la crainte de porter un cancer, elle se résignerait difficilement à l'opération.

La marche des kystes multiples est fort variable dans les divers sujets. A. Cooper dit qu'elle est en général lente et se fait graduellement pendant des mois et même des années. Chez l'une de ces malades on voit l'affection dater de dix ans. Dans un cas observé par M. Cumin, sur une femme de 24 ans, la tumeur avait acquis, un poids de cinquante-sept onces et demie (1). Dans les autres observations d'A. Cooper, on ne voit pas que l'affection remontât à plus de trois années. Dans le cas même où la tumeur pesait neuf livres, elle s'était développée en deux ans et demi. La tumeur si volumineuse enlevée par M. Warren avait acquis son développement encore plus rapidement. Quand la malade s'en aperçut pour la première fois, elle n'avait que la grosseur d'un œuf, et elle fut enlevée six mois après.

(1) Cumin, p. 230.

Souvent, avant d'arriver à un volume aussi considérable, la peau de la tumeur s'amincit dans l'un des points où la fluctuation est le plus évidente, devient blanchâtre, s'enflamme, s'ulcère et laisse écouler une quantité considérable de liquide; quand le kyste est vidé, l'ouverture se cicatrise, et souvent il s'écoule un long espace de temps avant que le liquide se reforme (1). Quelquefois même on voit la sécrétion s'arrêter, et la maladie est radicalement guérie (2). D'autres fois, enfin, on voit plusieurs des kystes s'ouvrir successivement à des intervalles éloignés, par voie d'ulcération, et quelques-uns d'entre eux donner lieu à des trajets fistuleux fort difficiles à cicatriser.

Le pronostic n'a rien de fâcheux pour l'hydatide celluleuse multiple, soit pour les kystes séro-sanguins. « Il n'est pas rare, dit M. Velpeau, de voir ces derniers rester stationnaires pendant plusieurs années, et se dissiper ensuite spontanément. Le mariage amène fréquemment ce résultat chez les jeunes filles; l'âge de retour en fait autant chez quelques femmes. Il est vrai, néanmoins, que le plus souvent ils persistent indéfiniment, et qu'ils finiraient par prendre un grand accroissement si on n'y portait aucun remède. Comme les kystes séreux ou hydatiques, ces tumeurs ne paraissent se rattacher à aucun vice général de la constitution, et constituent réellement une maladie toute locale. N'ayant rien de malin elles offrent toute sécurité pour l'avenir, une fois qu'on en a débarrassé les malades (3). »

Quant à l'hydatide cellulaire, A. Cooper assure que cette affection ne détermine point l'altération des autres tissus ou organes, qu'elle ne se propage point par voie d'absorption, qu'elle

(1) A. Cooper, p. 513, obs. 457.

(2) A. Cooper, *loc. cit.*, p. 510; pas d'exemple dans les observations.

(3) Velpeau, *loc. cit.*, p. 72.

n'a aucune tendance à envahir les parties qui avoisinent le sein et qu'elle ne s'accompagne d'aucune maladie analogue dans d'autres régions du corps. Alors même que la maladie a envahi toute la mamelle, que la tumeur s'est ulcérée, qu'un écoulement abondant se fait par la plaie, que l'aspect de la partie est alarmant, et qu'enfin le volume de l'organe ainsi altéré est énorme; on voit néanmoins les ganglions de l'aisselle demeurer exempts de toute altération, ou bien si l'un d'eux est légèrement engorgé, cet engorgement n'est que l'effet d'une simple irritation qui se dissipe après l'opération (1). Plusieurs des malades dont il rapporte les observations ont été revues par lui plusieurs années après l'opération, et jamais il n'a observé de récurrence, si ce n'est dans un cas où la tumeur était en partie formée par un noyau squirrheux (2).

Traitement des kystes multiples du sein.

A. Cooper regarde les topiques comme complètement inefficaces dans le traitement de l'hydatide cellulaire.

Dans les kystes séro-sanguins, au contraire, l'hygiène et les topiques suffiraient parfois, selon M. Velpeau, dans le cas où les tumeurs seraient petites et récentes. « Dans l'origine, quelques applications de sangsues autour de la mamelle, ou à la vulve, en cas d'aménorrhée, des compresses imbibées d'une solution de sel ammoniac dans l'eau, le vin ou le vinaigre, des pommades iodurées, la compression, les grands vésicatoires volants, offriraient de véritables chances de succès.

» A cette époque encore, le mariage ou la grossesse devraient être conseillés, s'ils étaient possibles, avant d'en

(1) *Loc. cit.*, p. 511-13, obs. 457.

(2) *Loc. cit.*, obs. 463.

venir aux moyens chirurgicaux. A l'intérieur il serait bon de donner aussi les préparations martiales. En supposant que la maladie fût très ancienne, et que ces premiers moyens fussent restés inefficaces et impraticables, on pourrait engager la femme à oublier de pareilles tumeurs, si elles ne gênaient que fort peu par leur volume ou leur poids (1). »

Quand on a reconnu la nécessité d'une opération, il faut encore, suivant les cas, choisir entre plusieurs méthodes. Si les kystes sont peu nombreux, au nombre de deux ou trois par exemple, on doit agir successivement sur chacun d'eux comme sur des kystes simples et uniques, et nous n'avons pas besoin de répéter ici ce que nous avons dit dans le paragraphe précédent : si au contraire les kystes étaient plus nombreux, nous pensons avec M. Velpeau qu'il serait plus prudent d'extirper la tumeur que de s'exposer, en employant l'injection, le séton ou l'incision, à laisser quelques uns des kystes dans la mamelle. Cela arriverait d'ailleurs presque inmanquablement dans les cas où l'on aurait affaire à l'hydatide celluleuse. Les kystes sont ici extrêmement multipliés et plongés, comme nous l'avons dit, dans une espèce de gangue fibrineuse qui seule suffirait pour constituer une tumeur du sein, et doit par conséquent être enlevée avec les kystes. Nous ne nous occuperons pas ici des règles de l'extirpation qui seront les mêmes que pour les tumeurs de mauvaise nature ; si la peau est restée saine, on la conservera, sinon, on en circonscrira un segment qui sera enlevé avec la tumeur. A. Cooper recommande d'emporter sans exception tous les noyaux d'induration et d'engorgement que présente le sein, car ils sont le siège d'un kyste ou d'un globule, et si un seul kyste est laissé dans les tissus, ce kyste, continuant à se développer, déterminera dans la portion restante de

(1) *Loc. cit.*, p. 73.

la mamelle une tumeur nouvelle. A. Cooper conseille cependant dans les cas où la tumeur n'envahit qu'une partie de la mamelle d'exciser seulement la partie malade, il l'a même fait une fois avec succès (1); mais comme on ne peut être certain *a priori* qu'il n'existe dans la portion laissée intacte aucun kyste très petit, nous croyons qu'il vaut mieux, même dans ces cas, pratiquer l'excision de toute la mamelle que de s'exposer à une récurrence.

Nous terminerons ce qui concerne le traitement des kystes multiples en citant un cas que nous serions bien loin de proposer comme un modèle à suivre; mais qui présente des particularités fort curieuses. Malgré le succès qui a suivi dans ce cas la ligature employée pour flétrir une tumeur volumineuse, nous ne conseillerions jamais ce moyen quand le pédicule de la tumeur est large; d'ailleurs dans ce cas il est probable que, malgré la dilatation des vaisseaux, on aurait pu pratiquer l'extirpation.

Chez une femme de trente ans, mariée, robuste, mère de deux enfants qu'elle avait nourris, il se développa une tumeur de la nature des kystes qu'A. Cooper appelle hydatiques, elle avait pris naissance par un petit tubercule situé profondément au mamelon. Au bout de trois mois, tout le sein était tuméfié, du volume d'une tête d'enfant, et comme rempli de petits tubercules profonds et superficiels; froid et pâteux au toucher, peu douloureux même par une forte pression. Bientôt on y sentit de la fluctuation, et une ponction avec le trocart donna issue à deux livres de sérosité rougeâtre; en même temps la tumeur s'affaissa considérablement. On passa un séton, qui n'empêcha pas l'ouverture de se cicatriser, après avoir fourni pendant quelques jours un léger suintement, et la tumeur eut

(1) Obs. 467, p. 514.

bientôt repris son premier volume. Bientôt il se manifesta à la partie inférieure du sein une élévation qui s'abcéda et laissa suinter une humeur séro-lymphatique ; les bords de l'abcès se garnirent d'excroissances fongueuses , frangées et facilement saignantes ; puis il se forma d'autres petites élévations , qui furent ouvertes avec la lancette. Un an après la première apparition, elle offrait le volume d'une tête d'adulte, en même temps l'état général était devenu mauvais : il y avait commencement de fièvre lente. On ne put recourir à l'excision, crainte d'une hémorrhagie, dont il aurait été difficile de se rendre maître, à cause de la dilatation variqueuse de tous les vaisseaux serpentant à la base de la tumeur. M. Denicke conçut le projet de l'enlever par la ligature. Heureusement les tubercules dont la tumeur était pour ainsi dire farcie n'adhéraient point à sa base, et la glande pouvait être poussée facilement de côté ou d'autre, au moyen du tissu cellulaire lâche qui l'unissait aux pectoraux.

Une ligature fut passée autour de la base de la tumeur, afin de pouvoir la serrer graduellement et jour par jour. On se servit d'un petit cylindre creux en bois, garni à son milieu d'un tourniquet, et percé de deux trous de chaque côté de ce tourniquet ; les bouts de la ligature, engagés par les extrémités inférieures et supérieures du cylindre, vinrent ressortir par les deux trous, et furent fixés au bout du tourniquet. En tournant ce dernier, on espéra d'abord obtenir une contraction assez forte pour couper au moins une grande partie de la tumeur, que l'on aurait ensuite achevé d'enlever avec l'instrument tranchant. Mais ce premier résultat ne put être obtenu, et ce n'est que par une ligature graduée et augmentée jour par jour que la tumeur, réduite par sa base à un pédicule de la grosseur d'un tuyau de plume, tomba au bout de la dixième semaine sans hémorrhagie. La surface de la plaie, de forme circulaire dont les bords avaient beaucoup de tendance à se coller, alla en se

rétrécissant. La tumeur en tombant était réduite au volume du poing. La plaie pansée à sec avec la charpie se cicatrisa. Les glandes axillaires qui s'étaient tuméfiées après l'opération reprirent peu à peu leur volume, à l'aide des frictions mercurielles et des dissolvants à l'intérieur. La santé de la malade s'est rapidement améliorée; la menstruation qui s'était supprimée a de nouveau reparu (1).

§ IV. HYDATIDES DE LA MAMELLE.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, nous ne décrirons sous le nom d'hydatides du sein que les tumeurs où se rencontrent réellement ces espèces d'entozoaires. Les hydatides du sein ne constituent point une maladie commune. De Haen et Lassus en rapportent chacun un exemple; mais c'est à sir A. Cooper qu'on en doit la description la plus complète.

Les hydatides du sein ont tous les caractères des véritables acéphalocystes; elles consistent par conséquent dans une poche qui renferme un liquide, et emboîte dans sa propre cavité une multitude de poches semblables à elle. Elles sont elles-mêmes renfermées dans un kyste qui s'est formé dans l'épaisseur de la mamelle, et qui, par suite de l'irritation qu'il détermine, s'entoure à sa surface externe d'une grande quantité de fibrine qui devient fort vasculaire. Sa surface interne, au contraire, est lisse, et n'a aucune communication vasculaire avec la surface externe des hydatides.

A. Cooper n'a jamais vu qu'une seule hydatide dans la mamelle, et le kyste qui la recouvrait ne contenait pas de sérosité, mais était légèrement humide et se trouvait directement appliqué sur l'entozoaire. Dans le cas de De Haen et de Lassus, le

(1) Obs. communiquée par M. Tisher, *Gaz. méd.*, 1835, p. 729.

kyste renfermait à la fois de la sérosité et plusieurs hydatides. Il en était de même dans un troisième cas qui appartient à Græfe, et dans lequel la tumeur était tout à fait profondément située sous le grand pectoral. Ces cas méritent d'être reproduits textuellement.

« Une jeune fille de 25 ans, robuste, se plaignait de douleurs dans la mamelle gauche, qui, après avoir commencé dans un point très circonscrit de la partie supérieure et externe de cet organe, finirent par acquérir un volume considérable. A cette époque on sentit dans l'endroit affecté une tumeur dure, résistante, grosse comme un œuf de poule, et divisée en plusieurs lobes, tumeur qui ressemblait beaucoup à un squirrhe situé profondément, mais dont on ne put cependant déterminer la nature précise, vu le développement excessif de la glande mammaire. Après avoir essayé des remèdes internes sans succès, les douleurs étant devenues intolérables, on procéda à l'opération. La peau fut incisée sur le bord de la glande mammaire, qui, s'étant trouvée parfaitement saine, fut disséquée avec précaution. Le grand pectoral mis à nu offrait une structure normale, mais était bosselé; il fut divisé suivant la direction des fibres, dans une étendue de 2 pouces et demi, et l'on parvint dans une cavité située au dessus et remplie de corps ronds et blancs comme la neige, au nombre de 10, dont 3 gros comme des noix, et 7 plus petits. M. Rudolphi, qui les examina, ne sut dans quelle classe les ranger. Les parois de la cavité où ils avaient été contenus étaient lisses et tapissées par un tissu cellulaire dense qui semblait tenir de la nature des membranes séreuses. On introduisit dans cette cavité de la charpie pour déterminer l'inflammation adhésive; mais ce pansement fut insuffisant; il s'écoula pendant longtemps de la sérosité ichoreuse, et il fallut, pour obtenir l'adhérence entre les parois du kyste, recourir à des irritants locaux plus actifs, en-

tre autres aux injections de nitrate acide de mercure étendu d'eau. La guérison ne fut complète que deux mois après l'opération (1). »

Dans ce dernier exemple, la tumeur était bien isolée de la glande et fort en arrière d'elle; dans les autres, les détails nous manquent pour préciser le siège de l'affection, il est probable toutefois qu'elle s'était développée dans l'épaisseur même de la glande.

Lorsqu'une hydatide s'est développée dans la mamelle, il est rare que, dans les premiers temps de son existence, on puisse reconnaître de la fluctuation; soit parce que la tumeur est profonde et peu volumineuse, soit parce que l'irritation qu'elle produit dans les parties voisines y détermine l'épanchement d'une certaine quantité de lymphé coagulable, qui finit par rendre la mamelle dure à mesure que l'hydatide se développe.

Indépendamment de cette fluctuation centrale, les autres signes distinctifs de l'hydatide du sein seraient, pour le chirurgien anglais, l'induration des tissus qui enveloppent le kyste et l'absence de toute douleur à la pression.

On ne devra pas cependant, attacher une grande valeur à ce dernier caractère. Il manque en effet dans l'observation déjà citée de Lassus :

« Une femme adulte éprouvait depuis environ deux ans des douleurs continues dans la mamelle droite, laquelle était dure, sans avoir pourtant la dureté du squirrhe. Le plus léger attouchement était insupportable. L'excision faite, nous vîmes dans le centre de la mamelle un kyste blanchâtre, épais de 2 à 3 lignes, qui contenait une sérosité limpide, avec plusieurs hydatides du volume d'une petite noix. Cette femme fut guérie de son opé-

(1) *Journal des Progrès*, t. VIII, p. 255.

ration dans le temps ordinaire. Les glandes de la mamelle et de l'aisselle n'étaient ni tuméfiées ni squirrheuses (1).»

On voit aussi par cette observation que, malgré un développement aussi considérable de la tumeur (elle contenait plusieurs hydatides volumineuses), on ne perçut pas de fluctuation. Il en fut de même dans le cas de De Haen, qui fit encore une erreur de diagnostic.

Dans ce cas, la tumeur était dure, mobile; on la prit pour un squirrhe, et on crut devoir en faire l'excision : ce ne fut que pendant l'opération que l'on reconnut une tumeur enkystée qui contenait quelques hydatides et une sérosité limpide (2).

La fluctuation ne paraît pas avoir été mieux reconnue dans la seule observation particulière dont A. Cooper fasse suivre sa description générale. Dans ce cas, tout à fait dénué de détails, on voit en effet que la mamelle fut enlevée. Reste donc le cas de Græfe, où la présence du liquide fut reconnue; et un autre cas de nature fort douteuse que nous citerons tout à l'heure d'après A. Cooper. La fluctuation, d'ailleurs, ne saurait éclairer complètement sur la nature de la maladie, qu'il serait par là tout à fait impossible de distinguer de l'un des kystes dont il était question tout à l'heure. L'on ne pourrait arriver à un diagnostic précis que dans le cas où le kyste renfermerait plusieurs hydatides, et serait assez développé pour que l'on pût reconnaître à la percussion le frémissement particulier, résultat de la collision des entozoaires, indiqué par M. Piorry et de nouveau constaté par M. Tarral dans des kystes acépholocystes de l'abdomen et du foie (3).

(1) Lassus, *Pathologie*, t. 1, p. 391.

(2) *Ratio medendi*, t. III, p. 7, p. 322.

(3) Piorry, *Percuss. med.* — Tarral, *Journ. hebdomadaire*, 1830, t. VII, p. 109-114.

Enfin l'induration ne faisant qu'ajouter une difficulté de plus au diagnostic, nous répéterons ici ce qui a été dit pour les kystes uniloculaires. Ceci prouve qu'on ne peut, le plus souvent, l'établir avec certitude.

Il n'en est pas moins important pour le pronostic, de connaître la nature de la maladie après l'opération. Les hydatides du sein sont une maladie toute locale, et n'offrent aucun danger, soit qu'on les abandonne à elles-mêmes, soit qu'on les enlève; elles ne récidivent jamais. Nous remarquerons cependant que les acéphalocystes envahissent souvent plusieurs organes à la fois, et que leur présence dans le sein peut, jusqu'à un certain point, faire craindre qu'il n'en existe dans les organes splanchniques. Leur marche est d'ailleurs toute en progression. Dans les cas que nous avons cités, elles n'avaient pas acquis un développement bien grand; dans quelques cas cependant l'hydatide peut acquérir un volume assez considérable pour déterminer une inflammation suppurative. Alors, dit A. Cooper, au moment où la collection purulente est évacuée, soit au moyen de la lancette, soit par suite de l'ulcération, l'hydatide s'échappe par l'ouverture qui a donné issue au pus. On voit dans la collection de l'hôpital Saint-Thomas une hydatide qui a été ainsi rejetée à travers une perforation déterminée par l'ulcération dans les parois d'un abcès de la mamelle (1).

L'observation suivante, plus ancienne, nous paraît être un exemple de la même terminaison; la description du kyste qui fut éliminé dans ce cas se rapporte en effet complètement à ce que l'on connaît de la structure des acéphalocystes.

Obs. par P. Paton de Glasgow. « Une femme âgée d'environ trente-huit ans, et qui paraissait d'un bon tempérament, me montra une tumeur qu'elle portait depuis trois mois à la ma-

(1) *Loc. cit.*, p. 518.

melle gauche. Cette tumeur, au toucher, était aussi dure que de la pierre, saillante dans le milieu, douloureuse, et les parties environnantes étaient enflammées. Cette femme, malgré l'incommodité que lui causait cette tumeur, vaquait à ses affaires et portait sur la partie affligée un emplâtre de diachylon avec les goinmes. La tumeur devint insensiblement plus molle, et il se fit enfin une petite suppuration à l'endroit le plus saillant de cette grosseur. Six mois après que je l'eus vue pour la première fois, étant à couper du blé dans les champs, cette partie par où avait commencé la suppuration s'ouvrit, et il en tomba une grande poche, qu'elle m'apporta incontinent.

» L'ulcère de la mamelle se guérit en peu de temps, en le lavant soir et matin avec de l'eau-de-vie et en y appliquant quelque peu d'*onguent basilic*.

» Le sac qui s'en était détaché était formé de plusieurs tuniques membraneuses, dont l'externe était blanche et opaque; mais les internes étaient toutes transparentes. J'ai aperçu à la surface de la plus interne de ces membranes deux petites caroncules.

» La liqueur contenue dans ce kyste, du poids d'environ sept ou huit onces, était claire et transparente comme de l'eau. Elle était cependant un peu fétide et amère (1).

Le traitement de l'hydatide de la mamelle ne différera point de celui des autres kystes à une seule loge. Nous ne conseillerons pas l'extirpation, bien que trois des cinq cas que nous avons cités aient été traités et guéris par cette méthode. Dans le cas où la tumeur siègerait dans l'épaisseur de la glande il faudrait en même temps en faire l'ablation : c'est toujours un opération assez grave. D'ailleurs l'ablation est nécessairement pratiquée dans les cas où la nature de la maladie reste

(1) *Essais et observations d'Edimbourg*, t. 1, p. 253.

inconnue, et il n'est pas besoin de la recommander. Lorsque le diagnostic a pu être porté, on arrive au but par des moyens plus doux. L'incision du kyste, et dans le cas où la cicatrisation n'aurait pas lieu, un séton passé dans la tumeur, suffisent, d'après A. Cooper, pour amener la guérison. Il ne rapporte qu'une observation à l'appui de cette doctrine.

« Mme B., âgée de trente-huit ans, portait depuis un an et demi une tumeur du sein contre laquelle elle avait en vain employé les sangsues et les topiques mercuriels et savonneux. Elle éprouvait dans le sein malade une sensation de froid et un peu de malaise. De temps en temps, un fourmillement se faisait sentir le long du bras et jusque dans les doigts du côté correspondant. Au premier aspect, la tumeur semblait entièrement solide au toucher; cependant M. Kaine ayant reconnu de la fluctuation à son centre, y pratiqua une ponction qui donna issue à un liquide limpide. Peu de temps après le liquide se reproduisit. En conséquence on plaça un séton, et au bout de quelque temps le kyste s'élimina en presque totalité, et la guérison a été radicale (1). »

On pourrait certainement élever bien des doutes sur la nature du kyste qui fut traité dans le cas précédent. A. Cooper pense qu'il s'agissait d'une véritable hydatide; car, dit-il, s'il se fût agi d'une hydatide calculeuse (kyste séreux), ses parois, au lieu de se mortifier et de s'éliminer, auraient contracté des adhérences l'une avec l'autre (2).

L'introduction de quelques brins de charpie dans la cavité de la tumeur pourrait aussi, comme dans les kystes simples en déterminer l'adhésion, si préalablement on avait eu soin d'inciser assez largement pour faire sortir la totalité de l'hyda-

(1) *Loc. cit.*, p. 512, obs. 456.

(2) *Loc. cit.*, p. 518.

tide. Si le recollement tardait trop à s'opérer, on aurait recours enfin, à l'exemple de Græfe (1), à des injections plus ou moins irritantes.

Tumeurs enkystées à produits anormaux.

On lisait dernièrement dans un des numéros d'une collection à la vérité non scientifique, qu'un chirurgien de Berlin faisant l'ablation d'une tumeur du sein chez une jeune femme, y trouva un fœtus.

Pour être admis, ce fait demanderait à être produit scientifiquement et à être entouré des détails nécessaires ; mais nous avons cru cependant devoir en faire mention parce qu'il n'offre rien de plus surprenant que les autres monstruosité par inclusion généralement admises, et qu'il acquiert un degré de plus de probabilité par le fait suivant, dont je dois la connaissance à M. Beau qui en a été le témoin oculaire.

A Lyon, en 1825, M. Gensoul rencontra chez une femme de 40 ans, au-dessus du diaphragme, à côté du péricarde, en arrière des côtes, un kyste contenant une matière suiveuse et des débris de fœtus consistant en une mâchoire inférieure, des dents et des cheveux. M. Gensoul a conservé ce kyste singulier.

On a d'ailleurs trouvé dans d'autres cas des cheveux dans une tumeur du sein. Dans l'observation suivante la tumeur en contenait en même temps qu'une substance analogue à la sciure de bois ou au son.

Obs. Le 18 août 1713, T. R. Russell fut appelé pour voir mistress Smith, à Lewen, dans le comté de Sussex. Cette femme était fort affaiblie par la fièvre, qui, s'accompagnant de toux, d'une douleur aiguë sous le sein, et d'autres symptômes, fut re-

(1) *Loc. cit.*

gardée comme causée par une pleurésie. Mais de la sérosité, ou, si l'on veut, de la sanie claire, s'étant écoulée de son sein, tous les symptômes disparurent. Quand M. Russell l'a vue, le liquide s'était écoulé en quantité suffisante pour mouiller quatre mouchoirs. En examinant le sein, il trouva une large tumeur profondément située, cédant sous les doigts, en s'affaissant comme de la pâte. Il introduisit un stylet par l'ouverture et en ramena une matière semblable à de la sciure ou du son mêlé avec des cheveux. Ouvrant alors le sein, il en sépara une tumeur enkystée qui pesait huit onces et contenait une matière solide analogue à celle dont il vient d'être question, et mélangée avec une substance semblable à des cheveux. Il s'enquit alors de la manière dont cette tumeur avait pris naissance, et la malade lui raconta que trente-huit ans auparavant, elle avait reçu une contusion dans le sein par suite d'une chute de cheval; que cette chute avait été suivie de beaucoup de douleur et de tuméfaction; que les veines de son sein paraissaient alors variqueuses et gonflées comme dans un cancer, mais que la douleur ayant cessé, elles s'affaissèrent et laissèrent dans le sein une tumeur indolente, que son chirurgien regarda comme un vrai squirrhe. Depuis ce temps la tumeur resta presque dans le même état, augmentant très peu de volume. Mais la glande resta obstruée, de manière qu'elle ne put nourrir son enfant de ce sein. La membrane du kyste était très épaisse, nourrie de très petits vaisseaux; elle avait refoulé les tissus ambiants de manière à les condenser (1). »

(1) *Philosophical transactions*, n. 337, p. 226.

Kystes renfermant des corps étrangers.

On conçoit que des corps étrangers, tels qu'une épingle, une balle, une esquille, puissent enkyster et donner lieu à une petite tumeur de la glande mammaire dont on ne connaîtra la nature qu'en remontant aux commémoratifs; le seul exemple que nous en citerons nous a été communiqué par M. Tixier.

Un homme porté dans l'amphithéâtre de Clamart présentait dans la mamelle droite, au dessous du mamelon, une petite tumeur dure du volume d'une noisette, sans cicatrice ni adhérence correspondante de la peau. M. Tixier incisa la tumeur et vit sous le muscle grand pectoral une balle de petit calibre. Cette balle, entrée à la partie inférieure du scapulum, avait suivi la courbure extérieure des côtes, et était venue se loger comme nous l'avons dit.

CHAPITRE XI.

TUMEURS CACÉREUSES.

La même difficulté que l'on rencontre lorsque l'on veut définir le cancer en général, se présente de nouveau à l'occasion du cancer de la mamelle. On admet généralement que le cancer est constitué par différentes altérations de tissu ou productions morbides, désignées sous les noms de squirrhe, encéphaloïde, mélanose, cancer colloïde. Ces divers tissus peuvent exister isolément dans la mamelle, ou s'y trouver réunis. Je décrirai d'abord les caractères anatomiques, le développement et l'évolution de chacune de ces productions accidentelles; j'indiquerai ensuite, sous le nom de tumeurs composées, leurs principales combinaisons, soit entre elles, soit avec d'autres altérations de tissus.

§ I^{er}. *Tumeurs squirrheuses.*

Je décrirai sous ce titre la véritable dégénérescence, c'est à dire la transformation du tissu normal en tissu squirrheux, et les productions squirrheuses constituées par un tissu de nouvelle formation.

La dégénérescence squirrheuse s'observe fréquemment à la mamelle; tantôt elle apparaît dans le centre même de la glande mammaire, ou le tissu cellulaire qui l'entourne, tantôt dans l'épaisseur de la peau. Il existe dans ces deux cas des différences assez tranchées pour que je croie devoir les présenter isolément sous les noms de dégénérescence squirrheuse de la mamelle proprement dite, et de dégénérescence squirrheuse de la peau de la mamelle.

A. *Tumeurs squirrheuses de la mamelle.*

La disposition anatomique de ces tumeurs présente des différences nombreuses. Le plus ordinairement, on trouve dans l'intérieur de la glande mammaire une tumeur dure, bosselée, inégale, anfractueuse, qui adhère aux parties par un tissu cellulaire plus ou moins dense; quelquefois elle est, pour ainsi dire, appliquée à la surface de la glande. Si on l'incise dans divers sens, on la trouve formée, en totalité ou en partie, par une substance d'un blanc grisâtre, légèrement demi-transparente, dont la consistance varie depuis celle de la couenne de lard jusqu'à une dureté voisine de celle des cartilages. Ce tissu offre d'ailleurs, dans sa structure, plusieurs variétés : tantôt il est traversé dans divers sens par des cloisons fibreuses, laissant entre elles des aréoles remplies par une matière lardacée, tantôt ces cloisons fibreuses présentent une certaine régularité dans

leur distribution; elles semblent toutes converger vers un centre commun, et constituent alors ce que l'on a désigné sous le nom de cancer napiforme; tantôt la tumeur est bien limitée par le fait même de la différence de structure qui existe entre elle et les tissus ambiants; tantôt il existe un centre qui présente la dureté et l'aspect du squirrhe; mais à mesure que l'on s'éloigne de ce point, on voit ces caractères se perdre, et la tumeur se fondre avec le tissu de la glande mammaire, sans qu'il soit possible d'établir une ligne de démarcation entre la partie dégénérée et la partie saine de la mamelle.

Quelquefois la transformation squirrheuse semble siéger uniquement dans les cloisons interlobulaires; il existe alors des brides plutôt fibreuses que squirrheuses proprement dites, qui pénètrent la glande dans toutes les directions (squirrhe rameux de M. Velpeau). J'ai eu plusieurs fois l'occasion de disséquer des tumeurs de cette espèce, et il m'a toujours été impossible de reconnaître les limites de la dégénérescence squirrheuse.

Une autre variété qui se présente avec des caractères bien tranchés est celle dans laquelle toute la mamelle est revenue sur elle-même, atrophiée, indurée, racornie, pour ainsi dire. J'ai dans ce moment sous les yeux une tumeur de ce genre, qui a été extirpée par M. A. Bérard; on ne retrouve aucun vestige du tissu mammaire à l'état normal; toute la glande est convertie en un noyau de la grosseur d'une noix, de forme conoïde, dont le sommet correspond à la base du mamelon; le noyau induré se trouve entouré de tous côtés par une couche de tissu adipeux parfaitement sain. J'ajouterai que le sein du côté opposé présente un développement normal.

Une disposition pour ainsi dire inverse de la précédente est celle dans laquelle toute la mamelle, prise en masse, a en même temps augmenté de volume. M. Velpeau cite un cas de ce genre extrêmement remarquable: une malade, qui présentait

une tumeur de cette espèce, fut opérée par lui à la Charité; la plaie résultat de l'opération était presque cicatrisée, lorsque la mamelle du côté opposé commença à être affectée, et, dans l'espace de six semaines, on la vit prendre dans toute son étendue une consistance presque cartilagineuse, sans qu'il fût possible de noter un point qui eût été affecté avant les autres.

Quelquefois, d'une tumeur bien circonscrite dans toute sa périphérie, il se détache une ou plusieurs de ces brides fibreuses que j'ai déjà mentionnées. On trouve dans l'ouvrage de Ch. Bell une figure représentant une tumeur du genre de celles que je viens de décrire; un rayon fibreux partant de la tumeur se prolonge à une grande distance.

A ces variétés du squirrhe des mamelles, il faut joindre celle qu'indique M. Velpeau, sous le titre de *Squirrhe des conduits lactés*. Je transcris sa description : « La tumeur, dit-il, offrit à » la dissection une disposition particulière, la consistance ne » différait pas sensiblement de celle du squirrhe; mais sa » coupe, au lieu d'être homogène, était pointillée, sablée de » taches grises, comme du granit; de plus, elle présentait une » infinité d'orifices béants qui lui donnaient l'aspect d'un arro- » soir. Ces orifices, que l'on retrouvait dans quelque sens que » la tumeur fût divisée, avaient d'une ligne à une ligne et demie » de diamètre, étaient tapissés en dedans de concrétions tu- » berculeuses ou caséuses, ils adhéraient en dehors intimement » au tissu de la mamelle, et suivaient partout la direction des » conduits lactés: nous pûmes arriver par plusieurs d'entre eux » jusqu'à la racine du mamelon, et nous convaincre que c'é- » taient bien les canaux excréteurs de la glande; du reste, tous » les éléments intermédiaires étaient indurés et passés à l'état » de dégénérescence lardacée. »

Ces différentes variétés de squirrhe ne présentent pas toutes

la même série de phénomènes dans leur évolution; mais il faudrait avoir fait une étude comparative de ces divers phénomènes dans chacune des variétés, pour pouvoir assigner avec précision la marche de chacun d'eux; or, nos connaissances sur ce point sont, il faut l'avouer, assez restreintes.

Une tumeur squirrheuse peut exister pendant quelque temps dans la mamelle sans que la femme qui la porte s'en aperçoive; souvent elle n'en reconnaît la présence que par hasard en touchant son sein, elle y remarque une petite dureté, qui d'ailleurs ne lui cause aucune douleur, aucune incommodité; la santé générale n'est nullement altérée; peu à peu la petite tumeur du sein augmente de volume et perd graduellement sa forme arrondie, régulière; elle présente des bosselures inégales; elle était d'abord mobile sans aucune adhérence, elle ne tarde pas à devenir plus fixe; si l'on cherche alors à plisser la peau sur la tumeur, on la voit se rider et présenter de petits enfoncements qui indiquent qu'elle est liée à la tumeur par quelques filaments fibreux; enfin elle adhère soit à la peau, soit aux muscles placés derrière elle; la malade y éprouve des douleurs, des élancements; ces douleurs, d'abord rares, et qui ne se manifestaient que le soir, dans la nuit, ou après des efforts ou quelque fatigue, reviennent plus fréquemment, laissent à peine à la malade quelques heures de repos.

La malade maigrit, perd de sa fraîcheur, son teint devient d'un jaune paille, l'appétit diminue.

Lorsque la malade est encore réglée, on remarque souvent à l'époque menstruelle une exacerbation dans la douleur, une augmentation du volume de la tumeur. A l'époque de la cessation des règles, la maladie semble ordinairement prendre plus de développement et marcher avec plus de rapidité.

En même temps, la tumeur commence à faire une saillie extérieure; la peau qui la recouvre prend une couleur rougeâtre

livide, les veines sous-cutanées se développent, deviennent variqueuses, le mamelon se flétrit, il s'efface peu à peu, s'enfonce et bientôt, au lieu d'une saillie, on ne trouve plus qu'une dépression. On a vu plusieurs fois du sang s'écouler par le mamelon, quelquefois même cet écoulement a paru remplacer la perte menstruelle, ainsi qu'on en peut observer maintenant un exemple sur une des malades de la Salpêtrière. La peau enflammée qui recouvrait une des bosselures se perfore, une fissure étroite laisse écouler une petite quantité de sérosité; l'ouverture s'agrandit de jour en jour, les bords se renversent, prennent une teinte blafarde. Le fond de l'ulcère, bien que formé par un tissu en voie de ramollissement, repose sur une partie encore fortement dure; la surface fournit une sanie ichoreuse d'une odeur fétide quelquefois abondante; plusieurs bosselures s'ouvrent ainsi successivement, les ulcères qui leur succèdent se réunissent et toute la surface de la tumeur, quelquefois de toute la mamelle, se trouve convertie en un vaste ulcère.

Les ganglions lymphatiques de l'aisselle s'engorgent, se tuméfient et subissent la dégénérescence squirrheuse ou encéphaloïde, ils présentent la même série de phénomènes qu'a présentée la tumeur de la mamelle, les ulcères se confondent. On peut voir maintenant à la Salpêtrière une malade qui, par suite du travail que je viens de décrire, présente un vaste ulcère étendu du sternum jusqu'au milieu du bras, toute l'aisselle ayant été envahie par le travail de l'ulcération. Quelquefois cependant cette augmentation de volume des ganglions n'est due qu'à une inflammation chronique, ils contiennent alors des foyers purulents dans leur intérieur.

Le bras est envahi par une tuméfaction œdémateuse, que l'on a expliquée par la compression qu'exercent les ganglions tuméfiés sur les principaux vaisseaux veineux, et par l'obstacle

au cours de la lymphe. M. Macfarlane rejette cette explication. Suivant lui, cet œdème, qui occupe quelquefois aussi le côté de la poitrine et de l'abdomen, doit être assimilé à la maladie que l'on désigne sous le nom de *phlegmasia alba dolens*, et reconnaîtrait pour cause une phlébite. Cet auteur rapporte deux cas dans lesquels l'œdème survint, et où l'on put constater la phlébite pendant la vie d'abord, puis ensuite par l'autopsie. Nous ne doutons pas que, dans le cas cité par M. Macfarlane, l'œdème ne pût être rapporté à la phlébite, mais nous pensons que c'est là une circonstance qui se rencontre rarement.

Les ganglions de la partie inférieure du cou présentent le même engorgement, dégénèrent; mais cette dégénérescence est plus rare que celle des ganglions axillaires.

Lorsque l'affection locale en est arrivée à ce point, la malade éprouve un dépérissement rapide, les digestions s'altèrent, il se fait par les parties génitales un écoulement fétide, bien qu'il n'y ait point de cancer de l'utérus; le dévoiement survient, et la malade meurt dans le dernier degré de la cachexie cancéreuse. Si cependant elle résiste à toutes ces causes de mort, l'affection locale continue à faire des progrès, les tissus voisins sont envahis et détruits; on voit alors les côtes et le sternum participer à la dégénérescence. M. le professeur Cruveilhier a fait représenter dans son *Anatomie pathologique* un sternum qui a subi dans une partie de son étendue la dégénérescence cancéreuse.

On voit quelquefois alors l'autre mamelle présenter la même série d'accidents que l'on a observée dans celle qui a été la première affectée, seulement les phénomènes se succèdent avec plus de rapidité. Quelquefois enfin les désordres ne se bornent pas là, et l'on voit la plèvre costale présenter de ces plaques que M. Cruveilhier désigne sous le nom de plaques *cireuses*. Elles sont disséminées en plus ou moins grand nombre dans le

voisinage de la base de la mamelle, elles sont de nature cancéreuse. Quelquefois même on voit les organes les plus éloignés être consécutivement affectés de cancer; ainsi M. Cruveilhier cite, dans la vingt-unième livraison de son *Anatomie pathologique*, l'observation d'une femme qui fut consécutivement atteinte d'un cancer du foie; et, chose remarquable, c'est que les viscères dans lesquels cette maladie se développe de cette manière subissent souvent la transformation encéphaloïde.

Ch. Bell. MM. Bayle et Cayol, M. Cruveilhier ont remarqué que les malades affectées de cancer à la mamelle succombent assez souvent, soit à la suite d'une pleurésie aiguë, soit par suite d'un épanchement chronique qui s'est formé dans la plèvre correspondante au sein cancéreux: ce sont là des particularités qui trouvent jusqu'à un certain point leur explication dans les lésions que je viens de mentionner.

Telle est la marche ordinaire du cancer du sein; mais on observe quelques nuances dans la marche de plusieurs des principaux symptômes de la maladie; ce sont ces particularités qui vont maintenant nous occuper. Ordinairement les symptômes que nous avons énumérés se succèdent avec lenteur, la tumeur existe longtemps sans causer de douleur; d'autres fois, au contraire, ces douleurs se manifestent de très bonne heure et persistent jusqu'à la fin de la maladie. Le caractère des douleurs, et surtout leur intensité, présente aussi des différences notables; en général, lorsqu'une tumeur est très dure, elle est accompagnée de douleurs moins intenses que celles qui offrent moins de consistance.

Ces tumeurs restent quelquefois presque indolentes sans contracter d'adhérences avec la peau, ou bien même après avoir contracté adhérence. Quelquefois alors il se forme sur la partie adhérente plusieurs petits tubercules durs qui s'ulcèrent; mais cette ulcération, au lieu de s'étendre rapidement, reste pour

ainsi dire stationnaire. Le liquide qu'elle fournit est peu abondant, il se dessèche à la surface de l'ulcération, la peau des parties voisines n'est point enflammée, elle se ride, se fronce autour de l'ulcère, et celui-ci peut rester ainsi pendant plusieurs mois et même pendant plusieurs années sans faire de progrès rapides; cette marche extrêmement chronique du cancer ne s'observe guère que chez les femmes très avancées en âge, et le plus souvent alors le cancer semble ne pas hâter l'époque de la mort. Les ganglions lymphatiques voisins échappent souvent à la dégénérescence cancéreuse, ou, s'ils sont envahis, la marche de l'affection est aussi lente dans ces organes que dans la glande mammaire. Cependant il arrive aussi dans des cas de ce genre que toute la constitution s'altère et que la diathèse cancéreuse générale se manifeste. J'ai vu, avec M. Robert, une malade qui portait un squirrhe du genre de celui que je viens de citer, et sur laquelle on trouva à l'autopsie la plupart des os affectés de cancer, sans que rien, pendant la vie, eût pu faire soupçonner cette altération. Les os avaient conservé leur forme et leur volume normal, seulement ils étaient d'une extrême fragilité; en sciant ces os suivant leur longueur on reconnut que le canal médullaire de plusieurs d'entre eux, les clavicules, les fémurs, les tibias, contenaient de la matière cancéreuse qui avait détruit la couche osseuse en procédant de la couche profonde vers la surface; c'est de cette manière que le cancer peut être considéré comme cause de friabilité des os. C'est en les détruisant localement, et non par suite d'une modification générale dans la nutrition du tissu osseux.

Il est une autre forme du squirrhe qui s'observe aussi chez des femmes très avancées en âge, et se présente sous la forme d'une tumeur généralement d'un volume médiocre, faisant une saillie très prononcée à la surface de la mamelle. La peau qui la recouvre présente une teinte rougeâtre, parcourue de vaisseaux

extrêmement fins ; si l'on coupe la tumeur, on trouve que la peau ne forme plus une couche distincte. Cette membrane a subi une transformation squirrheuse. Cette forme de cancer se rapproche de la précédente par l'extrême lenteur de sa marche, et le peu de douleurs qui l'accompagnent.

B. *Dégénérescence squirrheuse de la peau.*

Cette dégénérescence squirrheuse de la peau s'observe quelquefois comme complication des tumeurs squirrheuses de la mamelle, et se montre à une période plus ou moins avancée de la maladie ; on trouvera une observation très-remarquable de ces tubercules cancéreux de la peau, représentée et décrite dans l'ouvrage de M. Cruveilhier. On voit une très-grande quantité de tubercules, de grosseur variable, siégeant dans la peau et faisant saillie en dehors et en dedans. On trouve, en outre, de semblables productions dans le muscle pectoral ; elles sont isolées ou disposées en séries linéaires ; il y a de plus de petites granulations cancéreuses sur lesquelles j'aurai occasion de revenir lorsque je parlerai des tumeurs encéphaloïdes du sein (1).

D'autres fois, l'affection squirrheuse débute par la peau elle-même. C'est le plus souvent dans le voisinage du mamelon que cette dégénérescence apparaît d'abord, et elle se montre sous deux formes distinctes : dans la première, il se forme sur l'aréole une petite ulcération reposant sur un fond de consistance squirrheuse ; cette ulcération fournit une petite quantité de sérosité, elle est accompagnée d'une sensation de prurit très-incommode ; peu à peu l'ulcération s'étend : elle recouvre une surface de peau plus ou moins étendue, détruit quelquefois le mamelon, la dégénérescence gagne en profondeur et ne

(1) Cruv. *Anat. path.*, XXXI liv. pl. 72.

tarde pas à atteindre la glande mammaire. En même temps, on voit se former autour de l'ulcération principale quelques petits tubercules squirrheux qui sont bientôt envahis par l'ulcération. Cette forme de squirrhe marche ordinairement avec lenteur; mais elle présente une tendance très-marquée à la reproduction.

Dans la seconde forme, qui a été décrite par M. Velpeau, sous le nom de dégénérescence ligneuse, on voit se développer, dans l'épaisseur de la peau, une ou plusieurs plaques, d'une étendue variable, plus ou moins régulièrement circonscrites. Elles sont dures, coriaces, rugueuses, d'une teinte rougeâtre ou grise. « Il semble, dit l'auteur que je viens de citer, que la » peau ait été tannée, que ce soit une portion de cuir ferme » qui ait pris la place du tégument ordinaire. Lorsque l'on » coupe ces plaques on voit que la peau en est le siège exclusif. »

D'autres fois, ce ne sont plus des plaques, mais de petites masses indurées, développées dans l'épaisseur du derme ou au dessous de lui, et paraissant lui être adhérentes; la coupe de ces petits tubercules est d'une teinte grise bleuâtre, leur centre contient quelquefois une matière jaunâtre, friable, caséeuse.

Ces petites tumeurs ne causent ordinairement ni douleur, ni travail inflammatoire. Elles se reproduisent avec une extrême facilité lorsqu'on en a pratiqué l'extirpation.

Tumeurs encéphaloïdes.

Le tissu encéphaloïde se rencontre souvent dans les tumeurs du sein, soit seul, soit combiné avec d'autres tissus, le tissu squirrheux en particulier. C'est le plus souvent, dans l'intérieur même de la glande mammaire que ce tissu se trouve; il forme la

des masses souvent enkystées, quelquefois mal circonscrites, dans le premier cas, on trouve une tumeur assez régulièrement arrondie, lisse à sa surface et présentant, lorsqu'on la divise, un tissu d'un blanc rosé, demi-transparent, que l'on a comparé à la substance corticale du cerveau. Ce tissu est mou, il s'écrase facilement entre les doigts et se réduit en grumeaux; sa densité n'est pas toujours la même, tantôt il est d'une mollesse extrême, d'autres fois il est d'une consistance qui se rapproche de celle du squirrhe; dans ce cas, outre la pulpe médullaire, il existe une trame cellulo-fibreuse que l'on reconnaît facilement lorsque l'on a fait macérer ces tumeurs pendant quelques jours. Si l'on presse ces tumeurs que l'on peut désigner par le mot d'encéphaloïde dur, on fait suinter à la surface de la coupe des gouttelettes d'une matière blanche, crêmeuse que M. Cruveilhier nomme suc cancéreux.

Mais il est une autre particularité dans la structure de ces tumeurs, qui mérite une attention spéciale parce qu'elle nous explique quelques uns des symptômes que présentent ces tumeurs; elles sont parcourues par des vaisseaux nombreux extrêmement fins qui, d'après les recherches de M. le professeur Bérard, seraient exclusivement des vaisseaux artériels; suivant le même observateur, le nombre de ces vaisseaux est d'autant plus nombreux, que la tumeur arrive à un degré plus avancé de ramollissement.

Il est assez ordinaire de trouver plusieurs de ces tumeurs réunies, accolées les unes aux autres; c'est même ce qui donne quelquefois à toute la masse une forme bosselée, quoique chaque noyau ait assez régulièrement une forme ovoïde; il est à remarquer que lorsque l'on trouve ainsi plusieurs tumeurs réunies, les plus petites, celles qui datent d'une époque peu éloignée, présentent souvent la même mollesse que les tumeurs les plus volumineuses, de sorte qu'elles paraissent avoir d'em-

blée cette mollesse qui en fait le caractère principal ; c'est même cette raison qui porte quelques anatomo-pathologistes à admettre des encéphaloïdes durs (encéphaloïdes tubéreux de M. Velpeau) et des encéphaloïdes mous ou médullaires, et non des degrés d'une même dégénérescence ; cependant, on ne peut nier que ces tumeurs présentent une période de ramollissement. On trouve quelquefois une tumeur formée en partie par un tissu assez ferme, tandis que ses bosselures sous-cutanées présentent une mollesse presque diffluyente.

Ces tumeurs acquièrent quelquefois un volume considérable. Elles sont alors formées par la réunion de masses encéphaloïdes, les unes plus dures, les autres plus molles, enveloppées chacune dans un kyste particulier. J'ai vu dernièrement une tumeur de cette nature qui fut envoyée par un médecin de province à M. Cruveilhier ; la tumeur était du poids de douze livres moins un quart, elle avait vingt-huit pouces de circonférence, douze pouces de large et huit pouces d'épaisseur ; elle était formée presque en totalité par un amas de tumeurs encéphaloïdes enkystées, de la grosseur du poing, entre lesquelles se trouvaient des cloisons celluleuses très-fines, dans l'épaisseur desquelles serpentaient les vaisseaux qui allaient se rendre à chacune de ces tumeurs.

Il n'est pas très rare de trouver dans les parties voisines de l'organe malade, un grand nombre de petits noyaux cancéreux de la grosseur d'un pois. On peut voir dans l'ouvrage de M. Cruveilhier une planche qui montre de la manière la plus évidente la disposition que je signale. On remarque dans le tissu cellulaire extérieur à la glande mammaire une foule de ces petits noyaux cancéreux ; on en aperçoit aussi un grand nombre dans l'épaisseur du muscle grand pectoral.

Comme les tumeurs squirrheuses, les tumeurs encéphaloïdes peuvent exister quelque temps dans l'épaisseur de la

mamelle sans être aperçues ; mais au bout d'un certain temps on reconnaît dans la profondeur de l'organe une tumeur globuleuse assez molle, qui grossit avec assez de rapidité. La malade commence à y ressentir des douleurs lancinantes ; cependant la peau qui recouvre la tumeur ne présente aucune altération , elle se distend peu à peu mais sans contracter d'adhérences avec la tumeur sous-jacente. On peut alors quelquefois, en palpant la tumeur, parvenir à y sentir des bosselures arrondies, molles, qui donnent une sensation obscure de fluctuation ; enfin la peau distendue au niveau d'une des bosselures finit par rougir, et si dans cet état on explore la partie saillante on y trouve une fluctuation évidente. C'est cette circonstance qui a été cause que beaucoup de chirurgiens, même des plus exercés, ont souvent plongé le bistouri dans de semblables tumeurs croyant ouvrir des abcès. Lorsque l'on a commis une semblable méprise, on voit alors, au lieu de pus, sortir du sang en abondance par toute la surface de l'incision.

Mais si, prévenu de cette cause d'erreur, on laisse marcher la maladie, la peau qui recouvre ces bosselures s'amincit rapidement, se perfore, et il s'écoule au dehors de la sérosité sanguinolente, quelquefois du sang pur. L'ouverture qui s'est faite à la peau ne tarde pas à s'agrandir ; elle livre passage à la matière qui forme la tumeur, celle-ci se présente sous la forme d'un champignon mollasse, fongueux, grisâtre, fournissant une suppuration abondante, d'une fétidité repoussante qui a quelque chose de caractéristique.

Cet ulcère saigne au moindre attouchement, il est rare qu'il ne s'écoule pas quelques gouttes de sang lorsqu'on enlève les pièces du pansement, mais quelquefois cet écoulement sanguin est beaucoup plus considérable, il survient de véritables hémorrhagies qui sont souvent précédées par une sensation de tension, de chaleur dans la tumeur, elles soulagent d'abord les

malades, mais ce soulagement n'est pas de longue durée ; du fond de l'ulcère formé par des masses fongueuses ramollies, on voit se détacher des fragments de tissus frappés de mortification, des portions de la tumeur se trouvent chaque jour éliminées, et l'on voit quelquefois après la chute de quelques unes de ces parties de tissus mortifiées, le fond de l'ulcère prendre un aspect rose, vermeil et une véritable cicatrice se former, bien que ce soit à la surface d'une masse cancéreuse.

MM. Bayle et Cayol, et M. le professeur Bérard, disent avoir observé plusieurs fois de ces cicatrices ; mais elles ne tardent pas à être détruites, et l'on voit se reproduire toute la série des accidents que j'ai mentionnés ci-dessus. D'autres fois la mamelle est frappée de gangrène dans sa totalité, et l'on a vu cette gangrène de toute la tumeur amener une guérison complète comme dans le cas observé par MM. Richerand, Dupuytren et Paillard.

Si, dans quelques cas, ces gangrènes spontanées ont eu pour résultat la cure complète de la maladie, le plus souvent elles n'ont eu d'autre effet que de hâter la mort des malades. M. A. Bérard a observé à l'hôpital Saint-Antoine un exemple de cette gangrène de la totalité de la tumeur ; la malade succomba promptement aux accidents qui suivirent la mortification de toute la mamelle. Quesnay rapporte un cas semblable. « Une
 » mamelle carcinomateuse avait acquis un volume énorme, et
 » une couleur rouge un peu livide, par l'engorgement de tous
 » les vaisseaux de cette partie, particulièrement des capillaires
 » sanguins. La tumeur s'ouvrit, et fournit pendant quelque
 » temps une suppuration putride ; mais bientôt la mortification
 » s'empara de toute la partie tuméfiée. Cette mortification au-
 » rait pu être avantageuse à la malade, car elle aurait pu,
 » comme on l'a vu quelquefois, détruire le mal, procurer une
 » amputation sans douleur et salutaire, si l'engorgement n'a-

» vait pas été si considérable ; mais l'infection que cette gangrène putride porta dans toute la masse du sang, jeta la malade dans des syncopes et dans d'autres accidents qui la firent périr. »

Enfin, lorsque la maladie se trouve éliminée par le fait de la gangrène, que les malades ont échappé aux accidents primitifs et que la guérison a eu lieu, les malades n'en sont pas moins exposées à la récurrence qu'après une ablation faite par des moyens chirurgicaux.

On voit en effet, dans une observation rapportée par Boyer, qu'une princesse russe succomba à une récurrence, huit mois après que la mamelle cancéreuse eut été éliminée par la gangrène, bien qu'une cicatrice de bonne nature, qui succéda à la chute des escarrhes, eût pu faire croire d'abord à une guérison complète.

J'ai parlé ici de la gangrène de la totalité de la tumeur, parce que c'est dans cette variété de l'affection qu'on a le plus souvent l'occasion de l'observer; mais on l'a vue aussi dans le cas de tumeur squirrheuse.

Les symptômes qui indiquent une infection générale se manifestent ici, comme dans le squirrhe; les ganglions axillaires et sus-claviculaires s'affectent même plus promptement que dans le squirrhe, il se développe souvent des tumeurs de même nature dans d'autres organes.

La marche de la maladie est toujours assez rapide; cette rapidité est du reste en rapport avec l'état de santé général et les forces du sujet qui est affecté : elle est plus prompte chez les sujets jeunes et vigoureux, que dans les circonstances opposées.

Il arrive quelquefois de voir une tumeur encéphaloïde prendre subitement un développement très rapide, et dont on peut apercevoir les progrès dans l'espace de peu de jours. Cette

augmentation de volume s'accompagne de tension considérable ; puis , pendant quelque temps , on voit la tumeur rester stationnaire. M. Denonvillers a montré à la Société anatomique une tumeur encéphaloïde qui avait présenté ce phénomène , et l'on put retrouver dans la tumeur , qui était très volumineuse , des caillots sanguins qui , par leurs degrés différents de transformation , paraissaient avoir dû se faire aux époques pendant lesquelles la malade avait remarqué cet accroissement subit de la tumeur.

Avant de quitter ce point , je dois dire que certaines tumeurs encéphaloïdes ne sont accompagnées d'aucune douleur , d'aucun de ces élancements caractéristiques du cancer , les douleurs n'apparaissent qu'à la période d'ulcération

On voit par l'exposé des symptômes et de la marche de cette affection , que le cancer encéphaloïde est le plus grave de tous , à cause de la rapidité de sa marche , de la quantité de matière putride et ichoreuse que fournissent les ulcérations et des hémorrhagies , il l'est surtout par la tendance qu'il a à se reproduire après l'extirpation même la plus complète , et à étendre son influence sur toute l'économie.

Cancer colloïde et Mélanose.

Je ne discuterai point ici la question de savoir si les tumeurs colloïdes doivent être rangées parmi les cancers , ou si elles doivent être considérées comme une production morbide à part. Je ne rechercherai pas , non plus , si la production accidentelle qui la compose présente deux périodes , l'une de crudité , l'autre de ramollissement , ou si , comme le pense M. Cruveilhier , ce tissu se montre , à toutes les époques , et de prime abord , sous la forme de gelée tremblante.

Toutes ces questions appartiennent à l'histoire du cancer en gé-

néral; d'ailleurs, plusieurs d'entre elles perdent beaucoup de leur intérêt par ce seul fait, qu'il est douteux que l'on ait jamais trouvé le cancer colloïde formant, à lui seul, une tumeur de la mamelle; le plus souvent on ne le rencontre que réuni avec le tissu cancéreux.

Ces tumeurs se présentent alors sous forme de masses volumineuses, formées par une substance semblable à de la gelée blanchâtre, transparente, renfermée dans un kyste mince et purement cellulaire dans certains points, fibreux dans d'autres, ou constitué par une masse cancéreuse.

Ces tumeurs acquièrent ordinairement un grand volume, elles présentent des bosselures fluctuantes; du reste, leur complication habituelle avec une dégénérescence cancéreuse fait prévoir quelle doit être la marche habituelle de cette affection.

Quant aux tumeurs mélaniques, elles se montrent sous forme de petites tumeurs cutanées, ou sous-cutanées, et il en existe, ordinairement en même temps, un grand nombre, soit dans d'autres organes, soit dans d'autres points de la peau. Je n'ai trouvé aucun exemple de ces tumeurs siégeant dans l'intérieur de la mamelle.

CHAPITRE XII.

TUMEURS COMPOSÉES.

Si les diverses altérations dont je viens de tracer l'histoire peuvent exister isolément, il n'est pas rare non plus de les rencontrer unies et combinées entre elles de différentes manières.

Bien que l'on ait eu fréquemment l'occasion d'observer de ces tumeurs composées, l'on n'a pas cherché à déterminer s'il existe quelques lois qui président à la combinaison des divers tissus morbides; cependant je pense que l'on peut affirmer que les tissus qui se trouvent le plus souvent réunis sont les tissus squirrheux et

encéphaloïde. Il n'est pas rare non plus de trouver le tissu encéphaloïde uni aux tubercules ; et ici , tantôt les deux masses morbides sont seulement juxta-posées, tantôt il semble qu'il y ait dans une même tumeur une combinaison de ces deux éléments.

C'est à cette seconde variété que je crois devoir rapporter une tumeur que M. le professeur Velpeau a eu l'obligeance de me faire remettre il y a quelques jours. En examinant cette tumeur , on la trouve composée d'une masse d'un tissu grisâtre, demi-transparent, assez ferme ; en outre, au centre de ce tissu, une foule de petits points d'un jaune pâle, opaques, formés par une matière semblable à la matière tuberculeuse.

Aux tumeurs précédentes, on voit quelquefois se joindre des kystes (cancer hydatique) ; d'autres fois dans les encéphaloïdes on trouve des épanchements de sang, des masses fibrineuses. Le squirrhe se trouve plus souvent uni aux tumeurs fibreuses. Enfin, toutes ces variétés peuvent se trouver réunies.

La variété des lésions anatomiques que l'on rencontre dans ces tumeurs, doit faire présumer que l'on observera dans leurs symptômes et dans leur marche une fusion des caractères qui appartiennent à chacune d'elles en particulier ; c'est aussi ce qui arrive. En examinant une tumeur de la mamelle, on la trouve volumineuse, inégale, irrégulière, saillante dans certains points, présentant dans d'autres des sillons profonds ; ici elle est ramollie et fluctuante , là elle est rénitente , dure et d'une consistance pierreuse : on n'hésitera certainement pas à reconnaître une tumeur de nature complexe. Mais s'il fallait arriver à un diagnostic plus positif, et reconnaître les éléments différents qui entrent dans sa composition , la sagacité du chirurgien se trouverait souvent en défaut. Cette imperfection du diagnostic , quelque affligeante qu'elle soit pour la science , n'est heureusement pas préjudiciable aux malades, car l'indication est formelle ; l'amputation doit être pratiquée.

Cancer des Mamelles.

Causes. C'est en traçant l'histoire générale du cancer qu'il convient de rechercher quelles ont été les opinions des différents auteurs à l'occasion de la cause prochaine de cette maladie ; de passer en revue les influences nombreuses, soit internes, soit externes, telles que l'âge, le sexe, l'hérédité, la contagion, les chagrins, la misère, les violences extérieures, etc., auxquelles on a attribué l'origine du cancer ; de traiter de la diathèse cancéreuse. La seule tâche qui me reste à remplir à l'occasion de l'étiologie du cancer des mamelles, c'est de faire connaître les conditions qui paraissent le plus favorables à son développement.

La fréquence du cancer des mamelles, comparé à celui des autres organes, est peut-être due à une cause générale sur laquelle l'attention ne paraît pas avoir été suffisamment appelée, et qui dans l'espèce peut obtenir une grande part, sinon dans la production de la diathèse cancéreuse, du moins dans la localisation des effets de cette modification générale de l'économie. Je veux parler, en ce moment, de ces grands changements dans la vitalité de quelques organes, qui ont lieu à certaines époques et sous certaines influences. Combien de fois, dans le cours de l'existence d'une femme, la vitalité des mamelles n'est-elle pas modifiée ? Accroissement rapide à la puberté, hypertrophie pendant la grossesse, fonction de lactation favorisée ou supprimée souvent sans précaution, fluxions sympathiques, compressions, soulèvements et relâchements alternatifs, flétrissure à l'âge du retour, tels sont les principaux changements que subissent les mamelles. N'est-il pas permis de croire que ces modifications de l'état des mamelles peuvent prendre une certaine part à la production du cancer. Dire que le sexe féminin a de l'influence sur le développement de cette maladie serait exprimer une opinion

par trop banale, et si j'aborde la question du sexe à l'occasion des causes prédisposantes du cancer des mamelles, c'est pour faire remarquer que les hommes n'en sont point absolument exempts.

Tout le monde connaît l'observation célèbre de résection des côtes faite par M. le professeur Richerand. Cette opération hardie, qui ne fut malheureusement suivie que d'un succès passager, fut pratiquée à l'occasion d'un cancer qui a envahi la mamelle.

M. A. Berard a observé deux cancers du sein le même jour sur les malades qui se présentent au bureau central d'admission; un autre cas est consigné dans la dissertation inaugurale de M. F. Duval (1), qui a pratiqué trois fois l'ablation d'un cancer de la mamelle chez un officier qui guérit définitivement après la dernière opération.

Dans la séance de l'Académie du 22 février, M. Lisfranc a présenté un sein cancéreux qu'il avait enlevé sur un homme âgé de 45 ans.

Enfin, M. Cruveilhier, dans la 31^e livraison de son *Anatomie pathologique*, rapporte trois cas de cancer du sein chez l'homme. Le premier lui est propre, il l'a recueilli sur un roulier âgé de 70 ans; la tumeur avait le volume d'une pomme ordinaire, elle était dure, ulcérée, M. Cruveilhier en fit l'ablation. Le malade guérit très bien, et trois ans après il n'était pas survenu de récurrence.

Le second a été recueilli à la maison de santé du faubourg Saint-Denis. Le malade, âgé de 40 ans, attribuait l'origine de son affection à un coup d'épée reçu en duel. La plaie bien que simple en apparence ne se cicatrisa pas entièrement. Des bosselures se formèrent sur la mamelle indurée, et leur ulcération spontanée offrit tous les caractères des cancers. Une première ablation fut suivie de récurrence; le malade, menacé de succomber aux hémor-

(1) *Thèses*, Paris, 1819, p. 37. *Sabatier*. — *Thèse de M. Pasquier*, Paris, 1818, n. 217, p. 23.

rhagies et à la gangrène, subit une seconde opération. Malgré le soin avec lequel M. le professeur P. Dubois fit l'ablation des parties affectées, en étendant la dissection aux dépens des parties saines; malgré l'état sain des ganglions axillaires, la maladie récidiva pour la seconde fois. Une troisième opération fut tentée : cette fois le cautère rougi à blanc fut promené sur le fond de la plaie pour achever de détruire les tissus morbides; mais en vain. Le malade, éprouvant de l'oppression, un amaigrissement rapide, retourna dans sa province où il succomba quelques mois après.

La troisième observation a été communiquée à la société anatomique par M. Stanski. Le malade avait également subi une opération et la maladie avait repullulé. Chez lui l'affection s'était propagée aux côtes, au sternum et à la clavicule; ces différents os se sont carnifiés, ramollis comme si on les eût plongés pendant quelque temps dans l'acide nitrique.

Age. Le cancer ne se développe presque jamais avant la vingtième année. Peu fréquent de 20 à 30 ans, c'est surtout de 30 à 50 qu'il attaque le plus grand nombre des femmes; passé cet âge il redevient rare: cependant on l'observe jusqu'à l'âge le plus avancé, et j'ai vu à la Salpêtrière bon nombre de femmes de 70 à 80 ans et plus, qui en étaient affectées. Je ferai remarquer que la variété du cancer que j'ai décrite sous le nom de cancer encéphaloïde atteint plus spécialement les femmes jeunes ou qui n'ont pas dépassé la quarantième année, tandis que la forme squirrheuse s'observe plus spécialement sur les personnes plus âgées.

Menstruation. Les troubles de la menstruation ou l'absence complète ou prématurée de cette fonction ne paraissent exercer aucune influence sur le développement du cancer; il n'en est peut-être pas de même du temps critique. C'est en effet vers cette époque que la maladie se montre le plus souvent, soit qu'elle précède, soit qu'elle suive de quelques mois le moment où les femmes cessent d'être réglées.

Que dirai-je de l'influence attribuée par plusieurs auteurs et surtout par les malades aux contusions de la mamelle? Cette question rentre, il est vrai, dans l'étiologie générale du cancer; mais cette cause est si souvent invoquée par les femmes qui ont un cancer de la mamelle, il est si rare que les malades n'accusent pas quelque coup reçu plusieurs mois, quelquefois même plusieurs années auparavant, que je crois devoir en rechercher ici la valeur.

Or, si l'on considère que la fréquence des contusions est excessive par rapport au nombre des cancers, que chez beaucoup de femmes un intervalle de temps considérable s'est écoulé entre la violence extérieure et l'affection squirrheuse, temps pendant lequel il n'est resté aucune lésion appréciable dans la partie contuse, et qu'enfin chez quelques unes déjà affectées d'un cancer (de l'utérus par exemple), les contusions du sein n'ont amené à leur suite aucune dégénérescence, bien que dans ce cas l'influence d'une diathèse cancéreuse ait dû joindre son action à celle de la contusion, on devra penser que les contusions ne sont pas une cause bien fréquente du cancer du sein, si même il est permis de leur accorder une influence. Cependant sur onze femmes que j'ai interrogées à cet égard, et dont sept attribuent la maladie à des violences extérieures, l'affection s'est déclarée, dans trois cas, immédiatement après l'accident, dans trois autres, deux, trois et quatre mois après; chez la septième seulement, une année s'était écoulée entre la contusion et le développement du cancer.

Les faits que je viens de rapporter seraient de nature à ébranler quelques convictions, s'ils étaient en plus grand nombre et si l'on ne savait que les femmes s'évertuent souvent à trouver dans un coup l'origine de leur mal. Pour nous la question ne sera bien résolue que quand des médecins auront assisté à la contusion, à ses suites, qu'ils auront vu le cancer se développer après la contusion, et que des faits de ce genre se seront reproduits un assez bon nombre de fois, car autrement, j'en'y verrais qu'une simple coïncidence.

Accidents de la lactation. Je ferai les mêmes remarques à l'occasion de l'influence que peuvent exercer les troubles de la lactation sur la production du cancer. La plupart des auteurs s'en tiennent à de simples assertions soit pour admettre, soit pour rejeter cette influence. Cependant on trouve dans Fab. de Hilden, cent. 2, obs. 78, un exemple de cancer du sein qui s'est développé à la suite de tumeurs laiteuses. Ce qui donne à cette observation un haut degré d'intérêt, c'est que l'enfant qui a tété le lait de la mamelle squirrheuse a succombé dans ses premières années à une maladie cancéreuse disséminée dans plusieurs parties du corps. Le même auteur rapporte d'autres exemples d'engorgement du sein consécutif à des troubles de la lactation et qu'il considère comme squirrheux. Mais la facilité avec laquelle ces tumeurs ont cédé à l'emploi des fondants ne nous permet de voir là que de simples engorgements laiteux.

Diagnostic.

Le diagnostic des diverses espèces de cancer de la mamelle présente souvent des difficultés insurmontables. C'est surtout lorsque la maladie est à son début, qu'elle peut être confondue avec plusieurs de celles que nous avons fait connaître ; quelques unes même ont assez de ressemblance avec le cancer ulcéré pour donner lieu à la méprise. Je vais successivement les opposer aux affections cancéreuses et indiquer les caractères distinctifs des unes et des autres.

1° On trouve assez souvent une mamelle qui, aux approches des règles surtout, offre plus de volume et de sensibilité que l'autre. Dans cet état, si la menstruation éprouve quelque dérangement, la mamelle affectée prend de suite et plus de volume et plus de dureté ; et en l'explorant on y rencontre des indurations qui ont quelque ressemblance avec les squirrhes et qui, par leur per-

sistance, peuvent donner lieu à de sérieuses inquiétudes. Cette maladie, qui a fort bien été décrite par Mercatus et de Houppeville, cède assez promptement à l'emploi des moyens propres à régulariser la menstruation, et le traitement devient la pierre de touche de l'affection.

2° MM. Bayle et Cayol ont observé des engorgements ayant aussi l'apparence du squirrhe et placés sur le trajet des vaisseaux lymphatiques qui se rendent de la mamelle à l'aisselle : ce gonflement, légèrement douloureux dans le principe, peut devenir indolent et rester dans cet état pendant plusieurs mois. La saignée, en cas de pléthore, la tisane de patience, des bains ; et si l'affection résiste, une tisane sudorifique, quelques légers purgatifs et des frictions mercurielles sur les parties indurées en amènent la résolution.

3° L'on voit souvent à la suite de coups, de pressions longtemps prolongées, d'attouchements réitérés, se développer dans le sein des tumeurs dures, inégales, dues à une phlegmasie chronique de la glande. Des tumeurs de ce genre, en cédant à de simples moyens résolutifs, ont fait croire à des médecins d'un grand mérite, parmi lesquels je citerai Van Swieten, qu'ils avaient guéri des engorgements squirrheux de la mamelle. Ce sont de pareilles tumeurs qui, traitées avec succès, ont acquis aux chirurgiens une grande réputation.

« Vacher raconte qu'en 1732 un de ces opérateurs intrépides » jeta l'alarme parmi les femmes de Besançon : presque toutes finirent par découvrir dans leur sein des duretés, que leurs attouchements réitérés y avaient fait naître ; bon nombre d'entre elles se soumirent à une opération inutile ; les autres plus sages virent disparaître spontanément leurs prétendus » squirrhes, en suivant les conseils de Vacher, qui eut soin de cal-

» mer leur imagination et de les faire renoncer à des perquisitions
 » aussi nuisibles que superflues (1). »

4° Lorsque le sein a été le siège d'une suppuration prolongée il reste parfois des duretés qui, si on les irrite, deviennent rouges ; douloureuses et peuvent en imposer pour un cancer étendu à la peau. L'heureux emploi des moyens antiphlogistiques et calmants décèle la véritable nature de ce genre d'engorgement.

5° Il reste parfois, à la suite des abcès ou des tumeurs laiteuses, des engorgements durs et persistants qui peuvent être pris pour des cancers, et que l'on reconnaît à leur cause et aux bons effets que l'on retire, dans leur traitement, des tisanes sudorifiques, des évacuants et des applications résolutives.

Nous dirons avec MM. Bayle et Cayol qu'un des principaux caractères des affections précédentes, c'est que toutes sont plus ou moins douloureuses au toucher, tandis que le cancer, dans lequel se développent spontanément des douleurs lancinantes, est insensible à la pression, à moins qu'il ne soit compliqué d'inflammation.

6° Jusqu'ici les tumeurs dont j'ai parlé ne peuvent être confondues qu'avec les affections cancéreuses non ulcérées du sein. Il n'en est pas de même des engorgements scrofuleux, qui simulent le cancer à ses diverses périodes. Ces engorgements ont bien été décrits par Bayle. D'après lui, les femmes sur lesquelles ils se rencontrent ont les lèvres épaisses, le nez épaté, les angles de la mâchoire saillants. Durs et indolents dans le principe, ces engorgements se ramollissent, s'ulcèrent et présentent des solutions de continuité à bords renversés, à surfaces fongueuses, avec des veines dilatées dans le voisinage, etc... Dans ces cas difficiles, c'est d'après l'âge de la malade, sa constitution, la nature des douleurs, de la suppuration, et surtout d'après l'influence des médicaments anti-scrofuleux, que le chirurgien parvient à établir un jugement plus ou moins précis sur la nature de la maladie.

(1) *Dict. des sc. méd.*, t. III, p. 557.

7° Le pourtour du mamelon ainsi que les autres points de la peau du sein sont quelquefois le siège d'affections dartreuses qui, par l'irritation qu'elles entraînent au dessous d'elles, font naître un engorgement dur et douloureux que l'on peut prendre pour un cancer. MM. Bayle et Bridault ont observé des cas de ce genre. On pourra les distinguer par la présence d'une affection cutanée distincte d'une ulcération cancéreuse et par le résultat du traitement.

8° « Les personnes sujettes à des douleurs de rhumatisme ou de
» goutte vague ont quelquefois dans le sein des tumeurs dures ,
» tantôt indolentes et tantôt douloureuses, qui diminuent par l'ef-
» fet d'un traitement anti-arthritique et qui disparaissent lorsque
» la goutte ou le rhumatisme se portent sur les articulations(1). »

9° Les kystes ont souvent été confondus avec les cancers : l'épaisseur de leurs parois et la difficulté de constater la fluctuation ont fait croire à une tumeur solide et de nature squirrheuse.

Après avoir reconnu avec précision les limites d'une tumeur, on recherchera s'il existe des adhérences à sa face profonde en lui imprimant des mouvements en sens différents et en l'attirant de manière à l'éloigner de la paroi thoracique.

10° Les productions fibreuses, fibro-cartilagineuses, osseuses, etc., peuvent encore être facilement confondues avec le cancer au premier degré. L'état stationnaire de la maladie, son indolence, l'absence d'ulcérations, seront autant de circonstances qui devront mettre sur la voie. Je ne donne pas comme caractère distinctif l'extrême dureté de ces productions, car le cancer peut offrir une consistance qui fait naître l'idée d'une tumeur fibreuse et même d'une tumeur osseuse. Mais dans un cas le ramollissement succède à la dureté, dans l'autre, la consistance est la même, et quelquefois s'accroît de plus en plus.

(1) *Dict. des sc. méd.*, loc. cit.

De ce qui précède, il est facile de conclure que dans beaucoup de circonstances le diagnostic du cancer ne peut être établi d'une manière précise lors d'une première exploration ; le chirurgien, pour asseoir son jugement, doit prendre en considération l'âge de la malade, sa constitution, l'état de santé de ses parents, la marche de l'affection depuis son invasion jusqu'au moment où il l'observe pour la première fois ; il doit surtout constater le résultat de diverses médications appropriées aux scrofuleux, etc., et ce n'est qu'après avoir soumis la malade à une observation prolongée pendant plusieurs mois, qu'il est en droit de se prononcer sur la nature cancéreuse de l'affection. Je ne saurais mieux terminer cette partie de l'histoire du diagnostic dans les affections cancéreuses, qu'en reproduisant les préceptes tracés par MM. Bayle et Cayol dans le *Dictionnaire des sciences médicales*.

Toutes les règles générales qu'on peut donner sur le diagnostic des indurations chroniques du sein se réduisent aux propositions suivantes, qui sont le résultat d'une multitude d'observations particulières :

1° Parmi les signes des tumeurs cancéreuses du sein (§ XII à XX), il n'en est aucun qui suffise seul pour caractériser ces tumeurs.

2° Une tumeur qui réunit plusieurs de ces signes est presque toujours cancéreuse. Ainsi, sur cent tumeurs du sein, qui toutes sont dures, inégales, insensibles à la pression, et qui existent depuis plus d'un an, il y en a environ quatre-vingt-dix-neuf qui sont cancéreuses.

3° Si une tumeur qui offre plusieurs des signes du véritable squirrhe a résisté au traitement des phlegmasies chroniques, et à celui des engorgements scrofuleux, laiteux, dartreux ou arthritiques, on peut regarder comme à peu près certain que cette tumeur est cancéreuse. On se trompera tout au plus une fois sur mille en pareil cas.

4^o Lorsqu'une tumeur dure, indolente et insensible à la pression, existe dans une mamelle depuis plus d'un an, s'il y survient des élancements douloureux, instantanés, et que dans les intervalles des élancements elle soit toujours absolument indolente et insensible à la pression, on peut assurer que cette tumeur est cancéreuse. Les cas où on se tromperait sont des exceptions extrêmement rares.

Traitement du cancer de la mamelle.

Je reproduirai, à l'occasion du traitement du cancer de la mamelle, l'observation que j'ai déjà faite à propos des causes de cette maladie. Ce serait dans une question sur le cancer en général qu'il conviendrait de connaître et d'apprécier une foule de médicaments, tant internes qu'externes, qui ont été à diverses reprises proposés contre l'affection cancéreuse. C'est là qu'il faudrait discuter le degré de confiance à accorder à l'*extrait de ciguë* préconisé par Storck, au *verdet* ou *acétate de cuivre* qui est le principal ingrédient du *remède de Gamet* et des *pilules de Gerbier*, à l'*arsenic blanc* qui fut annoncé par Lefebvre de Saint-Ildefond comme un remède éprouvé pour la guérison du cancer; au *carbonate*, au *muriate* et au *tartrite de fer*, médicaments auxquels des médecins anglais ont attaché une grande confiance; au *muriate de baryte* dont Crawford a fait l'éloge; au *lézard gris*, un des remèdes dont on a le plus exalté les vertus contre le cancer; aux *saignées répétées* que nous trouvons préconisées par Valsalva et par Fearon, chirurgien anglais; à l'*eau pure*, à l'aide de laquelle Pouteau de Lyon prétendait guérir le cancer et prévenir les récidives en même temps qu'il supprimait toute alimentation, etc... Nous ne discuterons pas non plus, ici, la valeur de plusieurs médicaments externes tels que les *préparations de plomb* proposées par Goulard, *celles de fer* dont s'est servi Richard Carmicaël, *celles de mercure* plus

spécialement employées par Wilson contre le cancer de la face; les substances *alcalines* ou *acides*; bon nombre de topiques tirés des règnes animal et végétal, la *petite joubarbe*, le suc de la *digitale pourprée* fraîche, les cataplasmes de *fenouil d'eau*, les cataplasmes de *carotte*, de *ciguë*, les compresses imbibées de *laudanum* et autres narcotiques, le *suc gastrique* des animaux, le *sang* de bœuf, l'*onguent de suie*, la *créosote*, qui naguère encore ont trouvé de si chauds partisans, etc.... Nous dirons d'une manière générale que nous n'avons *aucune confiance* dans tous ces médicaments. La résolution du cancer nous paraît impossible à obtenir, et nous pensons que cette maladie ne peut être guérie qu'en détruisant les tissus qui sont le siège de la dégénérescence cancéreuse.

Cependant, avant de faire connaître les moyens à l'aide desquels on parvient à ce but, je crois devoir placer ici la description d'une méthode qui jouissait, il y a quelques années, d'une grande faveur et qui déjà tend à être généralement abandonnée. Je veux parler de la compression.

De la compression.

Le docteur Young fut le premier qui employa la compression comme moyen curatif des tumeurs cancéreuses du sein. Pearson répéta ses expériences et quelques succès semblaient confirmer l'efficacité de ce traitement, quand Charles Bell vint publiquement le proscrire. Dans un rapport au comité médical de Middlesex, il établit que les bandages compressifs et tous les modes de compression sur les tumeurs ulcérées ou non ulcérées étaient nuisibles en produisant l'extension rapide de la maladie aux muscles et aux côtes. Dès ce moment la compression fut rejetée en Angleterre, et Samuel Cooper, dans son *Dictionnaire de chirurgie pratique*, en fait à peine mention comme d'un moyen qui n'a mérité l'approbation d'aucun des grands

chirurgiens anglais. Cette réprobation existait également en France, et MM. Breschet et Ferrus (*Nouv. Dict. de medec. t. IV*) n'en parlaient que pour citer ses insuccès, lorsque M. Récamier, le premier en France, en 1825, la releva de sa proscription. Il multiplia ses essais, et, par les nombreuses modifications qu'il fit subir à la méthode, par les règles auxquelles il l'assujettit, s'appropriâ en quelque sorte cette méthode thérapeutique.

De toutes les régions du corps sur lesquelles il appliqua ce mode de traitement, nulle n'était plus favorable que la région thoracique dont les arcs osseux, rapprochés les uns des autres et unis par un double plan de muscles courts et d'aponévroses, formaient une surface égale et résistante; de plus, l'organe qui était le siège des tumeurs, recouvert seulement par la peau, était facilement accessible et très circonscrit. Aussi est-ce dans le traitement des tumeurs du sein que la compression obtint plus de succès, quoiqu'ils ne soient pas aussi grands que l'a prétendu M. Récamier.

En lisant les nombreuses observations qu'il a publiées sur ce sujet, on est frappé tout d'abord de voir que la compression a été rarement employée seule, et que dans les cas de guérison elle n'a le plus souvent qu'une part assez restreinte. Tantôt elle arrive après l'ablation de la tumeur pour affaïsser une cicatrice qui s'élève en relief et dont on craint la dégénérescence; tantôt, c'est quand les parties ont été profondément cautérisées par le nitrate de mercure liquide, ou entièrement détruites, qu'elle vient aider le travail de cicatrisation ou combattre quelque point tuberculeux échappé au caustique. D'autres fois, au lieu de succéder à un autre traitement, elle le prépare. Ce n'est qu'après qu'elle a été employée pendant un certain temps et quand on n'a plus rien à espérer d'elle, que M. Récamier se décide à opérer, soit qu'il excise, énuclé ou cautérise la tumeur. Bien souvent encore à ces moyens combinés il joint un traite-

ment général, ne pouvant se dissimuler que derrière la lésion locale, dans les cas de tumeurs véritablement cancéreuses, il existe une lésion plus grave, un vice constitutionnel. Quand, par ces moyens, la tumeur a disparu, peut-il dire qu'il a vaincu la maladie, et surtout en faire honneur à la compression ? J'ajouterai en outre que presque toutes les observations qu'il cite sont incomplètes, et que souvent même il se contente de dire que la malade est en voie de guérison. Est-il possible de porter sur des faits aussi peu détaillés et en même temps si complexes un jugement certain ; et M. Récamier ne se laisse-t-il pas entraîner trop loin par son imagination quand il assure avoir vu la cachexie cancéreuse *reculer devant la compression* ? Dans l'état actuel de la science, nous pensons que la compression seule est impuissante pour guérir complètement les cancers du sein, mais il reste à examiner si elle est plus efficace, associée à d'autres moyens et employée contre des tumeurs d'une autre nature.

Des observations nombreuses citées par M. Récamier et par d'autres chirurgiens, il résulte que la compression exercée sur les tumeurs du sein, quelle que soit leur nature, leur imprime des modifications importantes. Sous l'influence d'une pression douce, mais permanente, si la tumeur ne disparaît pas complètement, elle diminue souvent de volume, se circonscrit et devient plus facile à opérer. Il est fréquent de voir des tumeurs assez volumineuses produites par une violence extérieure ; ou succédant à une inflammation du sein, disparaître par la compression dans l'espace de quelques mois. Dès lors, on comprend que, dans l'incertitude où l'on est si souvent de savoir au juste quelle est la nature du mal, on tâte, pour ainsi dire, la tumeur par un moyen qui peut réussir complètement, être souvent utile et bien rarement nuisible, s'il est surveillé. Mais, du propre aveu de M. Récamier, on n'obtient pas la ré-

solution lorsque la tumeur contient du tissu squirrheux ou encéphaloïde.

Quant aux autres avantages que M. Récamier attribue à la compression, je les crois très contestables. Elle a pour effets, dit-il, de calmer les douleurs lancinantes, d'arrêter le développement des ganglions engorgés, quelle que soit leur place dans l'aisselle, au-dessus de la clavicule ou derrière elle, de suspendre les progrès de la cachexie cancéreuse, et enfin d'empêcher les récidives.

Je ne décrirai pas les divers moyens de compression inventés par M. Récamier; je ne parlerai pas des appareils qu'il a mis en usage pour atteindre son but. Je renvoie pour ces détails à l'ouvrage de M. Récamier.

Les caustiques, la ligature, l'instrument tranchant, tels sont les moyens à l'aide desquels on peut détruire le cancer de la mamelle.

La ligature est justement abandonnée. Le cautère actuel, les caustiques, tels que la pâte arsenicale, la pâte de Vienne, celle de chlorure de zinc, sont rarement employés par les bons praticiens comme méthode primitive. La dernière préparation jouit cependant aujourd'hui d'une vogue non méritée, mais qui s'explique par quelques succès dans le cas où le mal s'étendait à peu de profondeur, et par l'attrait que présenteront toujours aux malades des méthodes de traitement qui leur évitent des opérations sanglantes. D'après quelques faits dont j'ai été témoin dans le service de M. le professeur Sanson, je n'hésite pas à regarder cette cautérisation, telle que la pratique M. Cancoïn, comme infiniment plus douloureuse que l'incision, plus dangereuse toutes les fois que le cancer occupe la profondeur de la glande et dans les cas où existent des ganglions engorgés dans l'aisselle; c'est dire assez que nous la rejetons dans presque tous les cas.

C'est donc à l'instrument tranchant qu'en définitive nous donnons la préférence. L'étendue déjà trop considérable de ce travail

ne nous permet pas de suivre toutes les modifications que l'on a fait subir à l'opération de l'amputation du sein depuis l'enfance de l'art jusqu'à ce jour; nous regrettons également de ne pouvoir entrer dans les détails que comporte ce point de médecine opératoire. Nous nous bornerons à la discussion des questions suivantes. 1° Convient-il de pratiquer l'amputation du sein? 2° Quelles sont les circonstances favorables ou contraires au succès de l'opération? L'examen de ces deux questions nous conduira à exposer quels en sont les résultats.

En ayant égard à ce que j'ai dit de la marche et des terminaisons du cancer du sein, de l'impossibilité d'obtenir la résolution de cette maladie, il peut paraître étrange de voir mettre en question l'opportunité de l'ablation de la partie affectée; surtout quand on considère que l'opération n'est ni difficile ni très dangereuse, que la plaie qui en résulte se cicatrise ordinairement avec assez de promptitude. Mais de tout temps on a remarqué que, après l'opération, le cancer se reproduisait, soit dans l'endroit même où il existait, soit dans quelque autre partie du corps; que sa marche vers une terminaison funeste était souvent plus rapide. Frappés de ces résultats qu'ils considéraient comme à peu près inévitables, plusieurs médecins célèbres ont conseillé de ne jamais entreprendre l'extirpation du cancer. Telle était l'opinion d'Hippocrate, de Celse, de Galien, d'Avicenne, de Mercatus, de Trilles, de Dehouppeville; telle est la conclusion à laquelle conduisent les résultats annoncés par **Monro** et **Boyer**.

Nous n'hésiterions pas à nous ranger de cet avis, si dans tous les cas, ou si même dans le plus grand nombre, l'opération avait des suites aussi funestes. Voyons donc quelle solution peut être donnée de la première question, en appuyant notre jugement sur l'état actuel de la science en ce qui concerne les récidives du cancer.

Lorsque après une extirpation du cancer l'affection reparait, on dit qu'il y a récidive; mais il faut distinguer les cas dans lesquels

le cancer n'a point été enlevé en totalité et où l'on a laissé un germe de récurrence, de ceux dans lesquels la tumeur, extirpée jusque dans ses moindres racines, n'a pu être cause du retour de la maladie.

Les chirurgiens qui ont opéré un grand nombre de cancers sont loin d'être d'accord sur la fréquence de la récurrence après ces opérations. Alexandre Monro s'exprime ainsi à ce sujet : Sur environ soixante cancers que j'ai vu extirper jusqu'à ce moment, quatre malades seulement n'avaient point éprouvé de récurrences au bout de deux ans. La proportion de guérisons indiquée par Boyer pour les opérations de cancer du sein se rapproche beaucoup de celle donnée par Monro pour les autres cancers, puisque sur cent opérations il dit qu'il n'a vu que quatre ou cinq sujets radicalement guéris ; mais on sait que pour Boyer la récurrence était pour ainsi dire la pierre de touche des affections cancéreuses. On a donc lieu d'être surpris de lui voir indiquer quatre ou cinq cas de guérison radicale. M. Macfarlane(1) donne des proportions qui sont encore moins avantageuses que les précédentes. Sur trente-deux cas que j'opérai moi-même (dit l'auteur), il n'y eut pas un seul exemple de guérison définitive ; il ajoute que dans quatre-vingts opérations pratiquées par plusieurs chirurgiens de ses amis, il n'y eut jamais de guérison radicale.

Mais d'un autre côté, si nous consultons les relevés publiés par Hill en 1770, nous voyons que sur quatre-vingt-huit cancers opérés au moins deux ans auparavant, il n'y avait que dix récurrences et deux morts. M. B. Bell, qui a vu beaucoup de ces opérations, rend témoignage de l'exactitude de Hill.

Après avoir comparé les différents rapports de Monro et de Hill sur les succès de l'extirpation du cancer, Richter disait : *Jure sanè dixeris de uno eodemque morbo hos viros loqui dubitari ferè*

(1) *Loc. cit.*, p. 479.

posset. » Quelle conclusion pouvons-nous tirer de faits aussi contradictoires ? C'est qu'il est probable que de part et d'autre les succès comme les revers ont été exagérés. Sans doute il est difficile d'indiquer la proportion exacte de ces récidives ; mais on peut affirmer qu'elles sont loin d'être aussi fréquentes que l'indiquent Monro, Boyer, Macfarlane, et que l'on obtient un assez bon nombre de guérisons radicales lorsque l'opération est pratiquée dans des circonstances favorables. Quant à l'époque de ces récidives elle doit encore être prise en considération, car dans beaucoup de cas nous voyons le mal ne se reproduire qu'au bout de plusieurs années ; l'opération dans ces cas a donc procuré un avantage réel.

Quant à la marche des récidives, il est vrai qu'elle est quelquefois assez rapide, mais on observe à cet égard des exceptions nombreuses, qui nous prouvent que l'on avait conçu sur ce point des craintes exagérées.

Pour ne plus revenir sur ce qui est relatif à la récidive, j'ajouterai qu'elle s'observe dans la cicatrice de la plaie, ce qui arrive principalement après les extirpations de tumeurs squirrheuses, ou lorsqu'on a laissé une portion du tissu malade.

Tantôt le mal se reproduit dans un point plus ou moins éloigné, l'autre mamelle, l'aisselle, la peau de la poitrine, un organe intérieur ; ces récidives sont plus à craindre après l'extirpation des tumeurs encéphaloïdes, surtout lorsque celles-ci étaient parvenues à la période d'ulcération.

Bien que la maladie primitive fût un squirrhe, on trouve quelquefois les tumeurs de la récidive constituées par un tissu cérébri-forme, surtout lorsque après l'opération l'affection cancéreuse se montre sur les viscères.

On a proposé, pour prévenir ce retour de la maladie, un grand nombre de médicaments qui sont justement tombés dans l'oubli. L'efficacité des cautères proposés dans ce but par M. Hervez de Chégoin n'a pas encore reçu la sanction de l'expérience.

Les observations de M. Martinet sur l'autoplastie, comme moyen préventif des récidives, sont de nature à appeler l'attention des chirurgiens.

Quelles sont les circonstances favorables ou contraires au succès de l'opération ? L'on s'accorde généralement à regarder comme circonstances favorables au succès de l'opération : 1° l'âge encore peu avancé de la malade ; 2° la régularité avec laquelle s'accomplit la fonction menstruelle ; 3° l'origine par cause externe du cancer ; 4° l'absence d'une affection cancéreuse héréditaire ; 5° le peu d'ancienneté de la maladie ; 6° le petit volume de la tumeur ; 7° son défaut d'adhérence à la peau ou aux muscles ; 8° l'absence d'engorgements des ganglions de l'aisselle. Il est inutile de dire que les circonstances opposées aux précédentes doivent être considérées comme fâcheuses : mais ce serait bien à tort que l'on en tirerait la conclusion que la récidive n'est pas à redouter après les opérations pratiquées sur les malades qui se trouvent dans les premières conditions, et qu'elle est inévitable sur les secondes. Trop de faits viendraient en démontrer la fausseté. Ce que l'on entend ici par circonstances favorables, c'est que les unes sont moins souvent que les autres sujets aux récidives. On devra donc considérer comme plus exposées à voir leur maladie se reproduire, les femmes qui portent une tumeur ancienne, volumineuse, qui touchent à l'âge critique ou qui ont quelque dérangement dans l'écoulement des règles : nous pensons qu'il y a encore moins de chances de succès, lorsque la tumeur a envahi toute la mamelle, lorsqu'elle est ulcérée, lorsque les glandes de l'aisselle sont engorgées : mais nous ne pouvons voir avec Boyer, dans ces diverses conditions, une contre-indication formelle à l'opération ; non plus que dans les cas où la mamelle est aplatie et d'une consistance pierreuse, le mamelon rentré, et la malade née de parens cancéreux, circonstances dans lesquelles on ne peut, dit-il, concevoir aucune espérance.

L'engorgement des glandes de l'aisselle ne serait, ainsi que le même auteur le remarque, un obstacle à l'opération, qu'autant qu'elles seraient en très grand nombre, très volumineuses situées, à une profondeur telle, qu'on ne pourrait les emporter toutes sans s'exposer à blesser les gros vaisseaux de la région, ce qui suppose que quelques unes se perdraient derrière la clavicule. Cette circonstance ne constitue même pas encore une contre-indication formelle à l'opération, puisque souvent les glandes engorgées sont seulement le siège d'une inflammation chronique; et non d'une dégénérescence cancéreuse; de telle sorte qu'après l'ablation du cancer, elles peuvent se résoudre spontanément; c'est ce qu'ont démontré des faits assez nombreux observés par Assalini, Desault, M. Roux, etc.

Quant à l'ulcération de la tumeur, il y a longtemps qu'une opération de Lecat a démontré que cette circonstance n'était point un obstacle insurmontable à la guérison; l'ulcération s'était propagée jusqu'aux côtes, la plaie mit quatre-vingts jours à se cicatriser, l'observation fut publiée cinq mois après la guérison complète; à cette époque rien ne portait encore à craindre une récurrence. Les faits rapportés par Hill prouvent d'ailleurs, d'une façon péremptoire, la possibilité de la guérison, alors que les cancers sont ulcérés au moment de l'opération.

L'existence simultanée de plusieurs cancers doit sans doute inspirer de sérieuses craintes sur les suites de l'amputation. Il va sans dire que pour entreprendre cette dernière, il faut que l'on puisse attaquer toutes les masses cancéreuses. Ledran nous a appris que Foubert avait pratiqué avec succès sur la même femme l'amputation simultanée des deux mamelles, dont l'une était squirrheuse et l'autre profondément ulcérée.

L'adhérence de la tumeur, soit à la peau, soit aux parties profondes, est considérée avec raison comme une circonstance fâcheuse; cette disposition est d'un pronostic plus défavorable en-

core si la maladie s'étend aux muscles intercostaux, ainsi qu'aux os de la poitrine, bien que quelques chirurgiens n'aient pas reculé devant l'ablation des côtes et même de la plèvre dans ces circonstances. J'avoue que c'est là une opération que je n'oserais pas conseiller.

La circonstance d'une récurrence n'est point non plus une contre-indication à l'opération. Toutes les fois que la récurrence a lieu dans des parties accessibles à l'instrument, on doit, si rien ne s'y oppose, entreprendre une nouvelle opération. On a vu nombre de fois une guérison définitive survenir après deux, trois et même jusqu'à sept opérations successives. Mais, si la reproduction avait lieu dans la peau ou sous cette membrane, sous forme de plaques ou de tumeurs multiples et disséminées dans un grand nombre de points, il faudrait s'abstenir de toute opération, bien que chaque tumeur fût en particulier susceptible d'être enlevée.

Un commencement de cachexie cancéreuse, qui se traduit par une légère teinte jaunâtre, n'est pas non plus une contre-indication absolue. Ayant à traiter une malade dans cet état, Morgagni, malgré l'avis de son maître Vasalva, se détermina à pratiquer l'opération; la récurrence ayant eu lieu au bout de cinq ans, Morgagni pratiqua une seconde opération, et dès lors la maladie ne s'est plus reproduite.

Il est encore quelques circonstances qui ont paru défavorables pour le succès de l'opération et sur lesquelles je ne puis me prononcer, parce qu'elles n'ont été observées et mentionnées que par une seule personne : c'est ainsi que Camper regarde comme un signe d'incurabilité, une douleur pongitive entre la seconde et la troisième côte; les raisons qu'il donne à l'appui de son opinion ne nous paraissent pas suffisamment fondées pour nous faire attacher une grande valeur à son assertion.

Quelle importance doit-on accorder à ce signe que Westrings considère comme d'un très fâcheux augure, et qu'il nomme

cercle de séparation. L'auteur dit ne l'avoir rencontré qu'une fois ; mais Frédéric Weïfe l'a vu trois fois et le décrit ainsi : c'est un cercle rouge , situé à deux lignes de la base de la tumeur, il a quatre lignes de largeur, il est rouge le premier jour, plus pâle le deuxième, à peine appréciable le troisième, et son apparition précède de peu de jours la mort des malades (1). Ce fait est tellement neuf pour nous, que nous ne pouvons porter aucun jugement à cet égard.

De cette discussion il résulte que l'opération doit être pratiquée dans presque tous les cas où les dernières racines de la maladie peuvent être extirpées sans occasionner une perte de substance trop considérable ; lorsque rien ne démontre l'existence de cancers simultanés, soit nombreux, soit placés dans des régions inaccessibles aux moyens chirurgicaux, que l'état général n'est pas profondément altéré par suite de l'influence longtemps prolongée de l'affection cancéreuse.

Il est, enfin, des cancers auxquels je pense qu'il est plus prudent de ne pas toucher, quoiqu'ils soient exempts de la plupart des complications que je viens de présenter comme défavorables au succès de l'opération. Ce sont ces cancers dont j'ai parlé en faisant la description du tissu squirreux, qui s'observent chez des femmes avancées en âge, donnent à peine lieu à quelques douleurs, demeurent stationnaires et n'apportent qu'un trouble léger dans les fonctions. Sans doute, dans ces cas, l'amputation pourrait réussir ; mais l'extrême innocuité de la maladie n'offrirait que peu d'avantages, c'est une opération douloureuse et qui n'est pas toujours sans dangers.

Pour résumer cette partie importante de notre sujet, voici les règles qui dirigeraient notre pratique : 1° Refuser de pratiquer l'amputation du sein aux femmes avancées en âge chez lesquelles

(1) F. Weïfe, Thèse. Leipzig, 1829.

le mal est stationnaire et ne cause presque aucun trouble dans l'économie; s'abstenir également de cette opération chez les femmes affectées de cancer avec cachexie avancée, ou d'un second cancer inopérable, ou d'un grand nombre de tumeurs cancéreuses. 2° Ne jamais proposer l'opération aux femmes atteintes d'un cancer largement ulcéré, d'un cancer fortement adhérent aux parties profondes, d'un cancer compliqué de l'induration des ganglions de l'aisselle et du cou, qu'il serait impossible d'extraire en entier; et de ne se déterminer à l'opération qu'après avoir été vivement sollicité par les malades et avoir fait connaître à leurs parents le danger imminent d'une récurrence, danger que l'on pourrait même laisser soupçonner à la malade. 3° Conseiller l'opération dès que la nature du mal serait bien constatée, toutes les fois que les malades se trouvent dans les conditions que j'ai indiquées comme étant favorables à l'opération.

le fait est stationnaire et ne change pas dans le temps ;
 commun ;
 mes allées et venues de l'école avec l'école ;
 en fait, on a un grand nombre de personnes qui
 2° Ne jamais proposer l'opération de la même manière ;
 car, d'après ce qui précède, il est évident que l'opération
 profonde ; il est évident que l'opération de la même manière ;
 de l'opération et de la même manière ;
 et de ne se débarrasser de l'opération de la même manière ;
 subit par les malades et par les personnes qui sont
 danger d'augmenter d'une manière ;
 leur soumission à la malade ;
 la nature du mal et de la même manière ;
 malades se trouvent dans les conditions que l'on indique ;
 était, par conséquent, à l'opération.

