

la mamelle ou de l'aisselle correspondante, 10 avaient des lésions pulmonaires, 4 présentaient ou avaient présenté des complications tuberculeuses ailleurs.

Y a-t-il des CAUSES LOCALES PREDISPOSANTES ? c'est demander si la mammite ou un traumatisme peuvent appeler la fixation du bacille tuberculeux ? Un traumatisme, qui survient chez une malade déjà en puissance de tuberculose, y créerait certainement un appel, mais si le blessé n'est pas déjà tuberculeux, le traumatisme semble sans effet dans cette direction. Quant à la mammite, reconnaissons que la coïncidence est parfois notée, mais disons aussi que la mammite tuberculeuse semble plus fréquente chez les femmes non mariées et jeunes.

Si, maintenant nous examinons les aspects cliniques sous lesquels cette affection se montre, nous en déduisons les conclusions suivantes, d'après les cas qu'il nous a été donné d'observer ici et à l'étranger et d'après l'étude des observations cliniques publiées sur le sujet.

La tuberculose mammaire revêt trois aspects cliniques.

A.— Tantôt les foyers apparaissent et se développent superficiellement, soit sous la peau soit dans la zone superficielle de la glande. Les nodules sont indolores et indolents, grossissent en se ramollissant et bientôt il se manifeste une petite collection fluctuante sous la peau. Si cette collection n'est pas traitée, la peau ne tarde pas à rougir, s'amincir et finalement l'abcès s'ouvre spontanément. Tel fut le cas pour une malade de Poirier, une de Orthmann, une de Kramer, et chez deux des miennes.

B.— Tantôt au contraire, et ce sont les cas les plus fréquents, les localisations tuberculeuses sont profondes et ce n'est que par hasard que la malade découvre un ou plusieurs nodules dans son sein. Ainsi en a-t-il été chez une de mes malades, dont voici l'histoire clinique.

Mlle C. 28 ans, vint me consulter pour une bosse remarquée récemment au sein droit. D'abord indolore, elle est devenue sinon douloureuse, au moins agaçante dans les derniers temps. L'examen révèle chez elle une petite glande mammaire et dans son quadrant supéro-externe un nodule gros comme une noisette et dur. Sur le trajet des lymphatiques axillaires, deux petits nodules indurés reliés à la masse principale par un cordon dur et que la malade n'a remarqués que plus tard. Rien au creux axillaire. Temp : 99.2. Pouls : 80 à 85. La malade est anémique et pâle et a maigri dans ces derniers temps. Pouvons : signes d'infiltration aux deux sommets. Point douloureux de périostite costosternale droite.

Où ces nodules évoluent vers la formation d'un abcès, ou bien il se forme des nodules secondaires, qui donneront naissance à des abcès froids multiples, lesquels fusionneront ensemble et se développeront indépendamment : tel fut le cas chez une malade rapportée par Morestin et Bender à la Soc. Anat. de Paris.

C.— Tantôt enfin dans une troisième variété, l'affection débute dans les ganglions axillaires ou plus géné-

ralement pectoraux. Cette adénopathie tuberculeuse peut exister de nombreuses années avant que la mamelle ne soit envahie, nous dit Delbet. C'est dans cette catégorie, à début lympho-glandulaire— que je rangerais trois autres jeunes malades venues sous mes soins, Mlle Eva P. 17 ans (1905), Albina F. 29 ans (Mai 1907), Cléopâtre L. 13 ans (1907)— toutes trois non mariées— qui firent des adénites tuberculeuses pectorales, l'une d'elle développant secondairement une polyadénite indolente de l'aisselle. Ces adénites étaient de nature tuberculeuse. La première qui faisait alors des lésions pulmonaires de début, serait maintenant bien portante, me rapporte son médecin, bien qu'elle ait pris un très long temps à guérir ses trajets fistuleux. Les deux autres sont encore sous observation.

Telle est la triple modalité clinique de la tuberculose mammaire. Quant au TRAITEMENT, nous avons trois moyens à notre disposition contre cette maladie.

I.— Agir envers ces abcès froids du sein comme vis-à-vis les abcès de même nature ailleurs, à savoir : évacuer le pus avec la plus grande asepsie par aspiration, puis injecter un liquide modificateur, soit la glycérine ou l'éther iodoformée, soit un des mélanges de Calot, à l'iodoforme et la créosote dans l'éther et l'huile ;

II.— Ou bien ouvrir, cureter et cautériser au thermo ;

III.— Ou enfin faire l'excision totale du sein et le curage concomitant du creux axillaire. C'est la méthode suggérée par Kummel et von Bergmann, Delbet, Da Costa et Keen. Braendle de Tubingen, ayant suivi 16 malades sur 18 opérées à la clinique de von Bruns pour tuberculose mammaire et à qui fut faite l'amputation du sein et le curage de l'aisselle, en retrouve plus tard 13 bien portantes, trois autres mortes sans avoir présenté de récurrence locale de tuberculose et la seizième avec une récurrence tuberculeuse en région mammaire. Il conclut que le traitement curatif par excellence est l'excision du sein.

Et cependant nous hésitons à accepter pour notre part une suggestion aussi radicale pour TOUS les cas. Car il en est où la malade se présente à nous seulement avec un petit abcès, aussi localisé que superficiel et sans réaction axillaire, où enlever d'emblée le sein nous paraît une chirurgie par trop généreuse et trop hâtive.

Et c'est sur ceci que nous désirons terminer en proposant les conclusions suivantes :

Si l'amputation du sein et le curage de l'aisselle sont le traitement de choix dans la grande majorité des cas de tuberculose mammaire, — il est par contre certains cas, à localisation superficielle et sous cutanée, sans réaction ganglionnaire, où la ponction et l'injection d'un liquide modificateur ou la cautérisation au thermo sembleraient devoir être employées avant de faire l'opération radicale de l'ablation du sein.

(Bibliographie à la page suivante).