

La tuberculose du sein

Par le Dr Eugène Saint-Jacques (1)

Professeur adjoint de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu

Notre intention n'est pas de faire une revue de toute la question, mais simplement d'attirer l'attention des membres de cette association sur certains aspects de cette affection, tant au point de vue clinique que thérapeutique.

La Tuberculose du Sein n'est pas aussi rare que l'on serait porté à le croire. Mais si nous la notons plus fréquemment depuis quelques années, c'est que l'attention tant des cliniciens que des pathologistes a été tout particulièrement deprimée quelques vingt-cinq ans, attirée sur certaines inflammations du sein à évolution généralement indolente et de guérison très lente.

Astley Cooper en Angleterre, Velpeau en France, Foerster en Allemagne semblent avoir été les premiers à signaler la tuberculose du sein, voilà déjà bien longtemps. Mais la clinique seule avait parlé et lorsque le microscope entra activement en scène il crut bon presque de la nier. Virchow, dans son *Lehrbuch der Geschwulste*, et Cornil et Ranvier dans la première édition de leur manuel d'Histologie Pathologique, sans la nier théoriquement, affirment qu'on n'en connaît pas de cas. Encore ici la clinique a précédé le microscope. Reconnaissons que depuis lors celui-ci a repris place au rang d'honneur, et qu'aujourd'hui c'est à qui de la clinique ou du laboratoire rendra le plus de services à l'autre.

Toujours est-il que les opinions sur ce sujet restèrent indécises jusqu'à ce que, dans une thèse magistralement soutenue devant la faculté de Paris en 1881, Dubar eut nettement posé la tuberculose du sein comme une entité pathologique définie.

Des cas de tuberculose mammaire qui sont venus sous mon observation, je rapporterai l'histoire clinique de deux d'entre eux, qui me serviront à tirer les conclusions que je désire proposer.

Cas I. Mlle H. 16 ans, vient me consulter au sujet de ses seins.

Au sein gauche, un petit abcès superficiel, au côté externe du mamelon, est sur le point de s'ouvrir. Cet abcès s'était développé lentement, sans causer la moindre douleur. J'en retire environ cinq grammes de pus. Examen microscopique pas de bacille de Koch, ni aucun autre. Sur le même sein, deux cicatrices témoignant d'abcès antérieurs, qui de même avaient commencé par un nodule qui alla grossissant graduellement, se ramollissant ensuite en une petite collection purulente,

qui s'était ouverte spontanément, et tout ce temps ne causant pas la moindre douleur.

Sur le sein droit, une vieille cicatrice d'un ancien abcès, et présentement une surface ulcérée de la grandeur d'une pièce de cinq sous. Tous deux prirent des semaines et des semaines à guérir et à peine le gauche se fut-il cicatrisé, qu'un nouvel abcès se forma près du mamelon gauche et, comme les autres, fut très long à guérir. L'état général fut toujours excellent.

Aujourd'hui, deux ans plus tard, la jeune fille, particulièrement bien développée pour son âge, est en excellente santé. Les cicatrices sont très évidentes et ne sont pas adhérentes à la glande, sauf du côté gauche, où le mamelon est rétracté.

Cas II. Mlle C. 20 ans, vient en 1906 me voir pour une ulcération au sein droit, toux et dernièrement hémoptysie. Quelques semaines auparavant était apparu au sein droit un nodule qui s'était graduellement développé et spontanément ouvert, sans avoir causé la moindre douleur. Examen microscopique des sécrétions : Présentement Strepto et staphylococques. Cette ulcération prit de longues semaines à guérir. Un an plus tard, la malade revint, ayant eu une légère hémoptysie, fortement anémique et présentant des signes d'infiltration sous claviculaire gauche. La malade est actuellement guérie de ses lésions mammaires et dans un bon état de santé générale.

On peut y objecter, je sais, que le bacille de Koch n'y fut pas trouvé. Mais le rencontre-t-on toujours ? Loin de là, comme il ressort des observations cliniques publiées. Reverdin rapporte que von Bruns le décèle dans deux cas, mais il a été impossible de retracer ces observations. En tout cas chez mes deux malades, l'histoire clinique est typique de la maladie. Toutes deux de parfaite propreté (car on peut objecter infection par malpropreté personnelle), pas d'infection antérieure autre que la tuberculose, tuberculose pulmonaire concomitante chez l'une d'elle, pas de syphilis, l'évolution indolente et indolore de l'affection, la torpeur des ulcères, leur aspect, leur lenteur à guérir, tout conduit à la conclusion de tuberculose mammaire.

Age : Pour ce qui est de l'âge, les statistiques permettent d'établir que la tuberculose du sein est inconnue avant la puberté, qu'elle est rare après cinquante ans, — que sa plus grande fréquence est de 25 à 35 ans. Ces deux malades dont il a été question avaient moins de 20 ans, une troisième avait 28.

Quelle est la PORTE D'ENTRÉE ou la voie d'accès du bacille de Koch, dans ces cas de tuberculose mammaire ? Elle peut-être TRIPLE : soit par le mamelon et les vaisseaux galactophores, comme le veut Verneuil ; — soit par la voie lymphatique et alors d'habitude secondaire à une lésion de voisinage — plèvre, côte ou ganglion ; — soit enfin par la voie sanguine, tel que le prétend Orthman. C'est donc dire que la tuberculose mammaire peut être tantôt primaire, tantôt secondaire. Sur 26 observations détaillées et analysées par Delbet, 12 n'avaient pas d'autres lésions tuberculeuses que celle de

(1) Communication faite à l'Association Médicale Canadienne, Ottawa, 1908.