

comme une des caractéristiques de celle-ci. Ils affirment que les formations de ce genre ne se constatent jamais dans l'encéphalite herpétique aiguë, ce qui est évidemment trop absolu.

### Deux cas de mastite syphilitique.

Par M. B. REJSEK.

(Travail de la Polyclinique dermatologique de Prague, service de M. le Prof. BUKOVSKÝ).

Si l'on parcourt la littérature médicale, on s'aperçoit rapidement que les observations de mastite syphilitique sont très rares, par rapport au nombre considérable des syphilitiques. Mais cette rareté est plus apparente que réelle, car la plupart des cas de mastite syphilitique ne sont pas rapportés à leur véritable cause. Les malades viennent habituellement consulter un chirurgien, qui ne pense pas à la syphilis et fait le diagnostic de mastite simple, de fibro-adénome ou même de cancer du sein.

Burnier (1), dans un article très documenté, a bien mis ces faits en relief et a pu recueillir dans la littérature 33 cas de mastite syphilitique, qui se décomposent ainsi :

Syphilis secondaire précoce . . . . .	10 cas
Syphilis secondaire tardive . . . . .	9 »
Syphilis tertiaire . . . . .	11 »
Syphilis héréditaire . . . . .	3 »

Nous n'avons pas trouvé d'observations plus récentes depuis la publication de ce travail ; aussi croyons-nous intéressant d'apporter la relation de deux cas personnels (2), que nous avons eu l'occasion d'étudier.

OBS. I. — Mlle K . . ., âgée de 23 ans, vient le 21 mai à la clinique chirurgicale consulter pour des tumeurs des deux seins, datant de plusieurs mois et déjà opérées deux fois, sans résultat appréciable.

On porte le diagnostic de fibro-adénomes multiples et on allait procéder à leur extirpation, quand nous voyons par hasard la malade. Nous sommes frappés de l'aspect de ses dents et nous faisons surseoir à l'opération. La malade insistant pour être débarrassée d'une cicatrice vicieuse du sein provenant d'une opération antérieure, on enlève cette cicatrice et on prélève un petit fragment de la tumeur, aux fins de biopsie.

L'examen de la malade donna les renseignements suivants :

*Antécédents héréditaires.* — Père âgé de 52 ans, mère âgée de 46 ans,

(1) BURNIER, La mastite syphilitique, *Paris Médical*, 9 avril 1921.

(2) Nous tenons à remercier ici notre ami, le Dr JIRASEK, chef de clinique du Prof. KUKULA et notre frère, assistant de la clinique, qui ont bien voulu nous adresser ces deux malades.

tous deux bien portants. La mère n'a jamais eu de fausses couches. Un frère de 13 ans et une sœur de 16 ans sont en bonne santé : un frère de 18 ans est mort il y a trois ans de méningite aiguë au bout de trois jours.

*Antécédents personnels.* — Diphthérie à 8 ans. A 10 ans, perte de la parole, surdité et cécité ; tous ces troubles apparurent brusquement et rapidement, et furent suivis de paraplégie, qu'on traita par des injections. Guérison au bout de 18 mois. Réglée à 14 ans. Bien portante depuis ce temps.

La lésion mammaire débuta à la fin de septembre 1922, par une tumé-

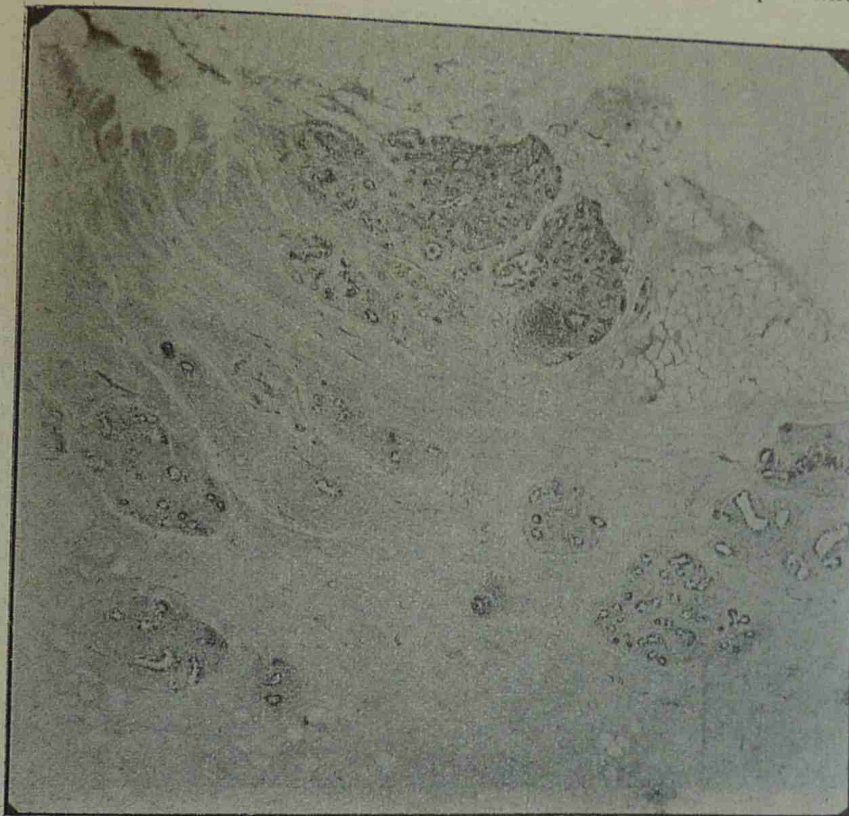


Fig. 1.

faction douloureuse du sein droit ; en octobre, apparurent de petites tumeurs, qui augmentèrent de volume, sans réaction cutanée inflammatoire. Un médecin consulté proposa l'extirpation ; quelques-unes de ces tumeurs furent enlevées sous anesthésie générale. Mais quinze jours plus tard, le sein gauche se tuméfiait à son tour et des tumeurs identiques à celles du sein droit, apparurent et demeurèrent stationnaires. Malgré une nouvelle opération, le 28 février, les tumeurs augmentaient toujours de volume, sans tendance à la suppuration, ni au ramollissement.

*Etat actuel.* — Bon état général. Les dents de la mâchoire supérieure sont en mauvais état ; il ne persiste que trois incisives, laminées, la canine supérieure droite, et les deuxièmes molaires qui sont cariées. Les dents inférieures sont en bon état, à l'exception des deux prémolaires et de la deuxième molaire gauche qui font défaut.

Les deux seins sont bien développés ; le droit paraît plus volumineux que le gauche. A la palpation, on constate dans la moitié inférieure, deux nodosités grosses comme un œuf de pigeon et plusieurs noyaux plus petits, de surface lisse, de consistance ferme, arrondies ou ovalaires, sensibles à la pression, mobiles vers la profondeur, adhérentes superficiellement. La peau conserve son aspect normal. Le sein gauche présente également plusieurs nodosités, dont l'une dépasse le volume d'un œuf de poule ; les autres ont la grosseur d'une noix. Un de ces noyaux est relié à la cicatrice

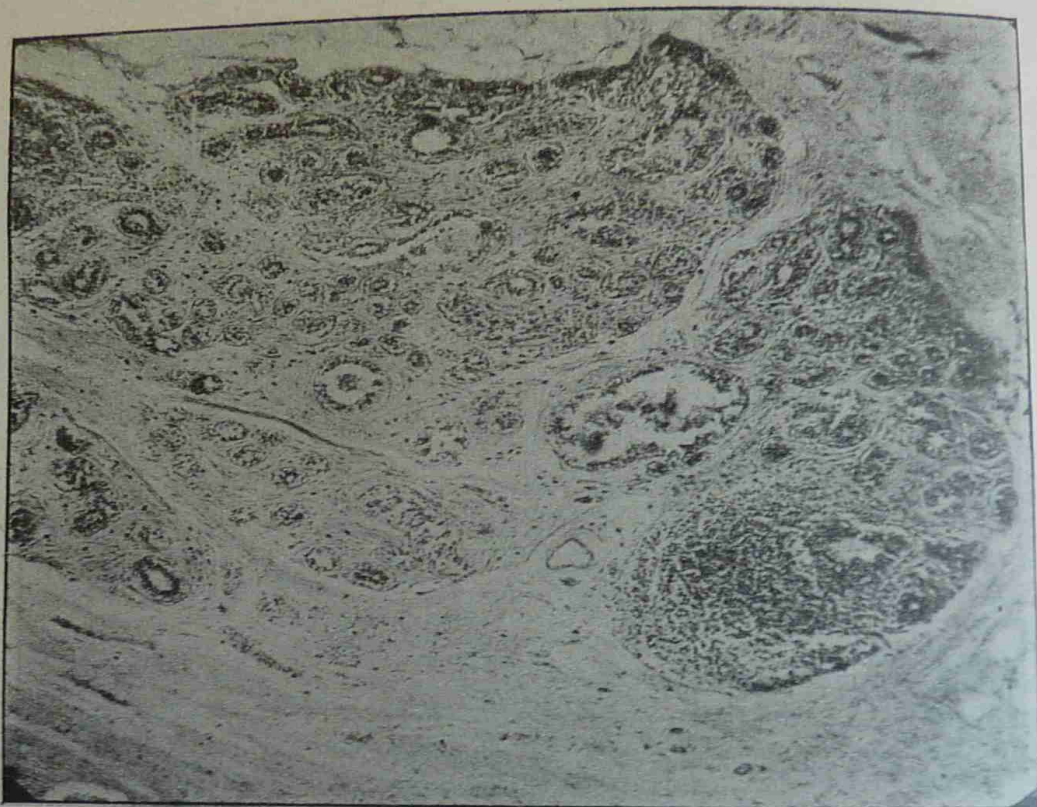


Fig. 2.

ancienne par un cordon fibreux. La peau est normale ; les ganglions axillaires sont indemnes.

Le Wassermann est complètement positif.

La *biopsie* montre les lésions suivantes :

A un faible grossissement, la coupe se présente comme un bloc de tissu conjonctif, formé de fibres très denses, au milieu desquelles on voit les tubes glandulaires et les canaux galactophores. Le tissu glandulaire est rempli de cellules inflammatoires groupées en amas autour des canaux excréteurs (fig. 1).

A un fort grossissement, le tissu conjonctif formé de fibres collagènes très denses, est parsemé de cellules inflammatoires, on trouve surtout des lymphocytes, quelques fibroblastes et quelques mastzellen. Les tubes glandulaires et les conduits excréteurs sont dilatés, leur épithélium de revêtement est parfois hypertrophié (fig. 2). On note une infiltration formée sur-

tout de lymphocytes autour des canaux excréteurs et de plasmazellen et de fibroblastes dans le tissu conjonctif interstitiel qui sépare les lobules glandulaires (fig. 3). Les parois des conduits sont également infiltrés de lymphocytes. Les vaisseaux sanguins montrent une hypertrophie de l'endothélium, pouvant aboutir à l'oblitération. Les petites artères présentent une hypertrophie de la tunique interne et moyenne (endartérite et mésartérite). Le réseau élastique du tissu conjonctif interglandulaire est disparu ; il est réduit et morcelé dans le bloc fibreux

La malade fut soumise le 11 juin au traitement arsenical par les injec-

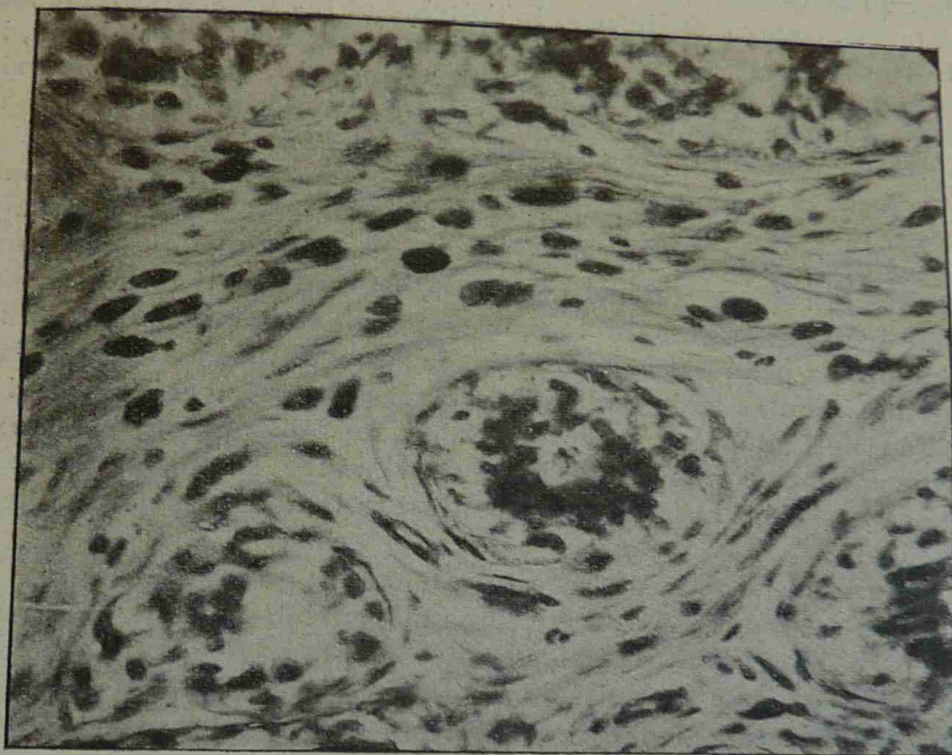


Fig. 3.

tions intraveineuses de néotrèparséan : 30, 45, 60, 60, 60, 75, 75, 75 et 90 cgr. (au total 5 gr. 70). Dès la troisième injection, la tuméfaction des deux seins diminua et à la sixième injection les nodosités du sein droit avaient complètement disparu ; elles persistaient encore à gauche, mais très diminuées et elles disparurent avec la dernière injection de 90 cgr.

OBS. II. — Mme B..., âgée de 30 ans, vient consulter le 11 juin pour des lésions cutanées de syphilis secondaire.

*Antécédents personnels.* — Régliée à 14 ans. Mariée depuis 6 ans ; a eu quatre grossesses, une gémellaire (les enfants moururent l'un au bout de trois heures, l'autre le troisième jour), une fille de 4 ans, bien portante ; en 1921 une fille morte le huitième mois de la grossesse, par circulaires du cordon ; en février 1923, un enfant mort le troisième jour (placenta prævia).

Pendant cette dernière grossesse, en janvier 1923, la malade alla consulter une sage-femme, pour éviter un accouchement prématuré. Quinze jours après l'examen, la malade s'aperçut d'une plaie vulvaire qu'elle considéra comme une déchirure due à l'examen. Sous l'influence de compresses d'eau blanche, la plaie guérit en quinze jours.

Trois semaines après l'accouchement, le 22 février, le sein droit, dont la sécrétion lactée persistait, augmenta de volume, devint douloureux et la peau se mit à rougir. Un médecin consulté, fit le 8 mars une incision du sein et la guérison survint en trois semaines. Fin avril, la malade se plaignit de céphalées résistant à l'aspirine. Le 20 mai, la malade aperçut des petites taches rouges sur le cou, la poitrine et les bras. En même temps, le sein droit, redevenu normal après l'incision, augmenta de volume, la peau rougit, la pression du sein était sensible. Le 4 juin, un abcès s'ouvrit spontanément, du pus grisâtre et épais s'écoula par une fistule. La malade alla consulter à la Clinique chirurgicale, qui nous l'adressa.

*Etat actuel.* — A l'examen, on constate des papules lenticulaires disséminées sur le front, le cou, la poitrine, les bras et des plaques muqueuses sur le bord de la langue. Adénopathie généralisée, surtout aux aines. A la commissure inférieure des petites lèvres, on sent une légère induration.

Le sein droit est augmenté de volume ; dans sa partie externe, au niveau du mamelon, la peau est rouge violacée, une fistule suinte légèrement. La palpation montre trois nodosités, situées dans la moitié inférieure du sein. L'une d'elle dépasse le volume d'un œuf de pigeon, les deux autres sont grosses comme une noix ; leur consistance est ferme, leur surface légèrement bosselée. Le pus qui s'écoule par la fistule, provient de la plus petite nodosité.

Le Wassermann donne un résultat fortement positif.

La malade est soumise aux frictions mercurielles (3 gr. par jour). A la deuxième friction, la fistule est complètement fermée ; après la troisième, les deux plus petites nodosités ont disparu, la troisième est très diminuée de volume ; elle disparaît complètement après la quatrième friction. Le 20 août, la malade est complètement blanchie. Le 17 septembre, le Wassermann est faiblement positif.

Dans nos deux cas, il s'agit donc nettement d'une mastite syphilitique. Le diagnostic est démontré par la réaction de Wassermann et surtout par le traitement qui amena une disparition rapide des lésions.

Dans le deuxième cas, la mastite survint en pleine période secondaire, comme c'est le cas le plus habituel ; l'état puerpéral a pu favoriser son apparition.

Dans le premier cas, il s'agit d'une mastite d'origine hérédo-syphilitique. La biopsie est à cet égard complètement démonstrative. Les altérations glandulaires et vasculaires sont caractéristiques. Comme dans les cas rapportés par Burnier, une erreur de diagnostic a été commise à trois reprises par les chirurgiens, et c'est notre intervention fortuite qui fit surseoir à l'amputation du sein.

La connaissance de ces faits a donc une très grande importance. En présence d'une tuméfaction nodulaire du sein, il ne faut pas penser exclusivement aux tumeurs bénignes ou malignes de cet organe; il faut toujours songer également à la syphilis acquise ou héréditaire. La recherche des antécédents, de lésions syphilitiques concomitantes, le Wassermann viendront éclairer le diagnostic. Un traitement d'épreuve est toujours indiqué dans les cas où la clinique est impuissante. En cas de mastite syphilitique, il amènera plus ou moins rapidement la restitution *ad integrum* et permettra d'éviter des mutilations du sein, aussi disgracieuses qu'inutiles.

### Acétylarsan et liquide céphalo-rachidien.

PAR MM. CHATELLIER et LAURENTIER (Toulouse).

Ravaut a montré que l'injection intraveineuse d'arsénobenzène (606 d'Ehrlich) présentait cet inconvénient fort grave d'exercer une influence péjorative presque immédiate sur le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques, partant sur leurs centres nerveux. Le fait a été maintes fois confirmé. Sans exagérer la portée de ces altérations, on doit leur attribuer la responsabilité des neuro-récidives et, somme toute, plus d'un observateur, sans aller jusqu'à partager les idées de Gennerich, n'a pas manqué de faire des réserves sur ce point délicat. Nous n'avons pas l'intention d'aborder cette question ni d'élucider la signification réelle de cette réaction, qui ne peut être considérée que comme défavorable.

D'autre part, on sait bien maintenant que les phénomènes médicamenteux du type Jarisch-Herxheimer ne sont ni spécifiques, ni favorables. Aucun médicament ne les provoque plus violemment qu'une préparation iodée, le mirion, de valeur thérapeutique très modérée. Il y avait donc grand intérêt à voir si ce même acétylarsan, au sujet duquel nous avons déjà présenté une note dans la séance du 27 mai, présentait les mêmes inconvénients. Notons, dès maintenant, d'abord que l'acétylarsan n'est pas un arsénobenzène et secondement rappelons que son action thérapeutique très vive ne nous a jamais paru s'accompagner de réaction de Jarisch-Herxheimer.

Les quelques faits que nous allons citer ne sont pas aussi nombreux que nous l'aurions désiré, mais, à Toulouse, il n'est pas toujours facile d'hospitaliser les malades et il est encore moins aisé de les décider à une série de ponctions lombaires.

#### *Observations prises dans le service du Prof. Audry.*

Obs. 1. — H..., syphilis secondaire.

28 mai	{	Cellules : 36 au mm <sup>3</sup> (Cellule de Nageotte).
(Avant trait.)		Alb. : ogr. 65 (Albuminimètre de Ravaut).
		R. W. : Positive faible.