

peut pas aller à la paroi, il faut que la paroi aille aux poumons. » Dans ce but, il est nécessaire de mobiliser cette paroi en la désossant, par la résection d'un certain nombre de côtes : c'est l'opération de LETIÉVANT et ESTLANDER.

Cette intervention comprend les temps suivants : 1° taille d'un lambeau musculo-cutané découvrant la paroi ; 2° résections

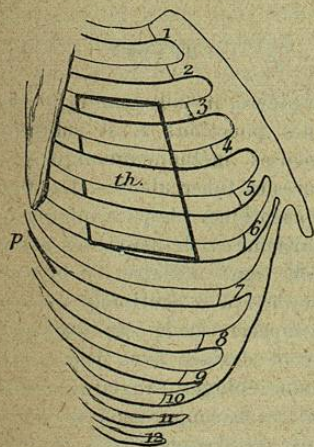


Fig. 109.

Incision de choix pour la pleurotomie P ou pour la thoracotomie à volet de Delorme à charnière postérieure.

costales ; 3° dans quelques cas, interventions modificatrices sur la plèvre. — Le lambeau est taillé en V, en L renversée, en T, en H. — La résection des côtes doit être large et subordonnée à l'étendue de la cavité purulente. En dehors des deux premières et des deux dernières côtes, auxquelles on ne touche guère, on excise des segments osseux très longs, afin d'obtenir le retrait maximum du thorax. QUÉNU, au lieu d'exciser les côtes dans toute leur longueur, mobilise un panneau par deux séries de courtes résections, étagées en avant et en arrière, selon deux lignes verticales. BOIFFIN fait porter l'aplatissement du thorax surtout au niveau de la gouttière costo-vertébrale en réséquant le segment postérieur des côtes. DELAGÉNIÈRE le fait porter surtout sur le cul-de-sac costo-diaphragmatique en réséquant les sixième, septième, huitième et neuvième côtes. DELORME a proposé, sous le nom de décortication, une intervention qui consiste à libérer le poumon des néo-membranes qui l'enveloppent, de façon à lui rendre son expansion physiologique : la réalisation n'en est point aisée et les résultats en sont discutables.

BOIFFIN fait porter l'aplatissement du thorax surtout au niveau de la gouttière costo-vertébrale en réséquant le segment postérieur des côtes. DELAGÉNIÈRE le fait porter surtout sur le cul-de-sac costo-diaphragmatique en réséquant les sixième, septième, huitième et neuvième côtes. DELORME a proposé, sous le nom de décortication, une intervention qui consiste à libérer le poumon des néo-membranes qui l'enveloppent, de façon à lui rendre son expansion physiologique : la réalisation n'en est point aisée et les résultats en sont discutables.

CHAPITRE III

AFFECTIONS DE LA MAMELLE

ARTICLE PREMIER

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES

INFLAMMATIONS AIGUES DE LA MAMELLE

Depuis VELPEAU, on distingue : les *mastites*, c'est-à-dire les inflammations développées dans le parenchyme de la mamelle ; 2° les *paramastites*, qui ont pour siège le tissu cellulaire extérieur à la glande.

I. — PARAMASTITES

1° PHLEGMONS SUPERFICIELS

Ces inflammations pérिमammaires occupent : soit la peau et le tissu cellulaire sous-cutané (phlegmons superficiels, *supramastites*) soit le tissu cellulaire et la bourse séreuse de CHASSAIGNAC, qui séparent en arrière la mamelle de la paroi thoracique (phlegmon rétro-mammaire, phlegmon profond, *inframastite*).

Au niveau du mamelon et de l'aréole, on observe deux types d'inflammation superficielle : des *lymphangites aréolaires*, qui prennent naissance chez les nourrices au niveau de fissures infectées ; des *abcès tubéreux*, comparables à ceux de l'aisselle ou de la marge de l'anus, qui se forment soit dans les glandes sébacées de la région, soit dans les glandules mammaires accessoires ouvertes à l'aréole. Consécutivement à une lymphangite, prennent parfois naissance des abcès circons-

crits du tissu cellulaire sous-cutané : c'est le *phlegmon angio-leucitique* de CHASSAIGNAC. Dans quelques cas rares, l'inflammation phlegmoneuse est diffuse : la suppuration s'étend en nappes superficielles, décollant la peau et fusant au delà des limites de l'organe.

2° PHLEGMONS RÉTRO-MAMMAIRES

D'après CHASSAIGNAC, il se développerait anormalement entre la glande et le muscle grand pectoral une cavité naturelle, à paroi lisse, formant une bourse séreuse : cette bourse serait le siège du « phlegmon postéro-mammaire hygromatique », qui constitue une forme clinique très spéciale. Or, il est établi que la bourse de CHASSAIGNAC est exceptionnelle : il y a simplement, en arrière de la mamelle, un tissu cellulaire, lâche et séreux, où se propagent facilement les suppurations venues des lobes profonds de la glande. Rarement, le phlegmon postéro-mammaire résulte de lésions des parois thoraciques ou de lésions pleurales ou pulmonaires.

Dans ce tissu cellulaire lâche, l'inflammation s'étend avec rapidité : aussi la marche très aiguë est-elle un caractère de ce phlegmon. En deux ou cinq jours, toute la région se tuméfie : le sein est détaché de la poitrine, projeté en avant ; sa surface cutanée est chaude, sillonnée de trainées veineuses bleuâtres. Un bourrelet œdémateux entoure sa base. Si l'on refoule la mamelle en arrière, on éprouve une sensation de résistance élastique : il semble, selon le mot de VELPEAU, que le sein repose sur une éponge. Pour percevoir la fluctuation, il faut, d'une main repousser contre la poitrine la glande qui, suivant l'expression de BUMM, « flotte sur le pus », et de l'autre recevoir, au pourtour de l'organe, le flot que forme le liquide excentriquement refoulé. En raison de cette rapidité de leur marche et de leur tendance envahissante, ces phlegmons sous-mammaires doivent être précocement et largement incisés.

II. — MASTITES AIGUES

Étiologie et pathogénie. — A la naissance ; au moment de la puberté ; pendant l'allaitement : telles sont les trois périodes

de la vie où la glande mammaire est exposé à l'inflammation.

A chacune de ces époques, il se produit une suractivité fonctionnelle de l'organe avec prolifération glandulaire et développement des vaisseaux : cette condition anatomique favorise l'infection.

La *mastite des nouveau-nés* se borne généralement à une simple exagération du travail congestif normal : après la naissance, en effet, les mamelles se tuméfient et fournissent une sécrétion lactée, surtout abondante du quatrième au douzième jour ; la peau est rosée, chaude, un peu empâtée, douloureuse à la pression ; ordinairement, la terminaison se fait par résolution. Dans quelques cas rares (à peine un exemple sur 800 enfants d'après DEPAUL), le gonflement augmente, la peau se tend et rougit, la mamelle présente des nodosités lobulaires ; la fluctuation paraît sur un ou plusieurs points.

La *mastite de la puberté* s'observe dans les deux sexes : elle se manifeste par une tuméfaction légère du sein avec douleur, bosselures de la glande, sérosité sortant par le mamelon. Ces phénomènes inflammatoires s'éteignent ordinairement en quelques jours ; mais parfois les phénomènes douloureux persistent ou reviennent par crises au moment des règles.

Mastite puerpérale. — La grande majorité des inflammations du sein se rattache à la grossesse et à l'allaitement. Selon la loi formulée par VELPEAU, la mastite puerpérale se développe en général, pendant les quatre premières semaines qui suivent l'accouchement. Les deux seins paraissent également exposés. Les femmes qui nourrissent sont plus souvent atteintes que celles qui n'allaitent pas.

La mastite puerpérale est une inflammation glandulaire, comparable à l'orchite et à la parotidite : c'est-à-dire qu'elle est due à une infection, qui, des conduits galactophores, gagne de proche en proche les canalicules et les acini ; il y a successivement galactophorite, canaliculite, puis adénite mammaire. Telle était la conception que VELPEAU et CHASSAIGNAC avaient fondée sur une solide étude clinique ; les recherches modernes l'ont confirmée.

Une autre théorie a été soutenue par NÉLATON et ses élèves :

la mastite puerpérale serait due à une *lymphangite*, issue d'une gerçure infectée. Cette doctrine de l'origine lymphatique soulève les objections suivantes formulées par DUPLAY : 1° contrairement à ce qu'on observe dans les lymphangites, les ganglions de l'aisselle restent souvent indemnes dans les phlegmons glandulaires de la mamelle ; 2° l'inflammation suivrait, dans sa propagation, une marche à contre-courant, inverse du cours normal de la lymphe.

Voici, par contre, des arguments en faveur du siège de l'infection glandulaire : 1° la *forme lobaire de ces phlegmons* ; 2° la *formation successive de petits abcès isolés*, ce qui s'explique par ce fait anatomique que chaque lobe s'ouvre au mamelon par un conduit galactophore spécial. Enfin l'argument de CHASSAIGNAC : à savoir que, dès le début de l'affection, en exprimant la glande, on fait sortir par le mamelon du pus en même temps que du lait. On distingue le pus et le lait, par le signe de Budin, en recueillant le liquide sur un morceau de toile : le lait diffuse et imbibe rapidement le tissu tandis que le pus colle à la surface.

Comment les germes infectieux envahissent-ils les conduits de la glande ? — Ils sont apportés : 1° par la bouche ou les yeux (conjonctivite purulente) du nourrisson ; 2° par les mains de la nourrice ; 3° par les linges. — Il n'est pas nécessaire qu'une crevasse du mamelon leur ouvre la voie : la statistique de DEISS établit que, dans la moitié des cas, la mastite se développe sans gerçure préalable, ce qui est un nouvel argument contre l'origine lymphatique des abcès mammaires, puisque la lymphangite supposerait comme condition une fissure infectée de la peau. Les streptocoques, les staphylocoques dorés ou blancs, exceptionnellement le gonocoque, sont les agents de ces adénites mammaires.

L'infection trouve dans la *stase du lait* une condition favorable. L'*engorgement laiteux*, c'est-à-dire la stagnation et la rétention du lait sécrété, ne saurait, contrairement à l'opinion du vulgaire, suffire à engendrer une inflammation de la glande (expériences de KEHRER bouchant au collodion les orifices des canaux galactophores et de DELBET liant ces canaux) ; mais

cette stase existe, et elle a pour conséquence de favoriser, par la mise en tension de l'organe et par la rétention du lait sécrété (qui, normalement n'est pas toujours aseptique), la prolifération et la pénétration profonde des germes infectieux.

L'étude anatomo-pathologique de BUMM le démontre : dans l'intérieur des acini, le lait retenu subit, sous l'action des microorganismes, une fermentation qui transforme son sucre en acide lactique et butyrique ; la caséine se coagule ; les cul-de-sac glandulaires s'obstruent d'un coagulum de caséine emprisonnant les germes infectieux ; ceux-ci pullulent et déterminent une vive réaction des cellules épithéliales et une migration abondante de globules blancs dans le tissu conjonctif périacineux.

Symptômes. — Chez une nouvelle accouchée, chez une nourrice, atteinte ou non d'une gerçure du mamelon, la mamelle devient le siège d'une pesanteur douloureuse, qu'exagèrent les efforts de succion de l'enfant ou les mouvements du bras ; la peau est tendue, avec quelques traînées veineuses, mais conserve sa coloration normale ; la palpation révèle dans la glande un ou plusieurs noyaux indurés, à surface mamelonnée, à contours peu nets.

Est-ce un engorgement laiteux, susceptible de résolution, ou un phlegmon glandulaire ? — De l'un à l'autre, la transition est parfois difficile à saisir cliniquement. Si la douleur et la tuméfaction s'accroissent, si la peau tend à rougir, si la fièvre s'allume, la suppuration est probable ; et si l'on exprime le mamelon, entre le pouce et l'index, on peut « traire » du pus avec le lait. — Il faut savoir que le phlegmon peut s'arrêter à son premier stade, alors que la suppuration est encore intracanaliculaire : sur ce fait est fondée cette possibilité, déjà signalée par CHASSAIGNAC et mise en relief par BUDIN, de la guérison de la mastite puerpérale à son début par l'évacuation des canaux galactophores (traitement par expression).

L'abcès glandulaire une fois formé s'ouvre à l'extérieur, après perforation de la peau ; parfois, il communique avec un décol-

lement sous-cutané (abcès en bouton de chemise); quelquefois, il fuse dans le tissu rétro-mammaire. — La multiplicité de ces abcès est un de leurs caractères : ils peuvent se succéder en grand nombre, 10, 15, 20 et plus; ils s'ouvrent séparément ou se fusionnent en loges anfractueuses, séparées par les débris des cloisons interlobulaires, creusant la mamelle, bosselée et tachée de plaques rougeâtres, de cavernes irrégulières.

Traitement. — Les pansements antiseptiques humides, les pulvérisations continues réussissent souvent à conjurer la suppuration. Au début, l'expression des conduits galactophores peut vider le pus des premières voies, l'abcès canaliculaire. Quand l'abcès glandulaire est constitué, il faut l'inciser largement et le drainer.

ARTICLE II

INFLAMMATIONS CHRONIQUES DE LA MAMELLE

1° ABCÈS CHRONIQUES DE LA MAMELLE

On peut rencontrer, à la mamelle, des abcès chroniques et des phlegmons à marche subaiguë d'un diagnostic difficile : les premiers peuvent être pris pour des squirrhés, les seconds pour des encéphaloïdes du sein. ASTLEY, COOPER, DUPUYTREN, VELPEAU, ont amputé des mamelles jugées cancéreuses et dans lesquelles ils ont trouvé une collection purulente.

C'est qu'en effet les signes physiques peuvent induire en erreur : cette tumeur inflammatoire est souvent indolente; son évolution est froide, sa consistance est ferme et, tant que l'abcès est entouré d'une coque glandulaire enflammée, la collection peut garder une dureté ligneuse; la peau est même quelquefois adhérente et pointillée et il arrive qu'on trouve des ganglions tuméfiés dans l'aisselle. — Un fait doit alors diriger le diagnostic : c'est le rapport de pareilles tumeurs avec la lactation. Dans presque tous les cas, cette tumeur a évolué au cours d'un allaitement, ou bien quelques jours, quelques

semaines, et même quelques mois après un sevrage. Parfois, on trouve encore que la pression fait jaillir, au niveau du mamelon quelques gouttes de lait. Donc, chez une femme récemment accouchée ou récemment nourrice, il faut toujours penser à la possibilité de ces abcès chroniques et ne point s'en laisser imposer par leur dureté apparente : une ponction exploratrice, aspirant du pus, tranche le diagnostic.

2° MALADIE KYSTIQUE DE LA MAMELLE ET MAMMITE NOUEUSE

Les mastites chroniques sont surtout intéressantes par certaines formes, bien étudiées cliniquement, moins précises au point de vue anatomique, qui sont des variétés intermédiaires entre les maladies inflammatoires de la glande et les néoplasmes, parmi lesquels on les a parfois rangées : telles sont la *maladie kystique* et la *mammite noueuse*.

Anatomie pathologique. — Deux types de lésions sont les termes anatomiques auxquels peut aboutir une inflammation chronique de la glande mammaire : 1° des kystes multiples; 2° des noyaux fibreux disséminés. C'est là un double processus qui a, dans d'autres organes, des types analogues : ces *mammites scléro-kystiques* sont comparables, par exemple, aux dégénérescences fibro-kystiques des ovaires.

Ce processus se compose de deux éléments : d'une part, une prolifération des éléments épithéliaux des acini, qui conduit à la dilatation kystique des cavités glandulaires; d'autre part, une réaction du tissu conjonctif péri et interacineux, qui entraîne une néo-formation fibreuse exubérante.

Selon que l'activité épithéliale l'emporte ou, au contraire, que l'évolution fibreuse prédomine, l'inflammation chronique prend l'une ou l'autre de ces deux formes : la maladie kystique de RECLUS dans le premier cas; la maladie noueuse de TILLAUX et PHOCAS dans le second.

Dans l'évolution *kystique*, les culs-de-sac se dilatent en cavités dont les dimensions varient depuis celles d'une tête d'épingle jusqu'à celles d'un grain de raisin ou même d'un œuf de pigeon. Leur contenu varie de couleur et de fluidité :

depuis une sérosité claire ou citrine, jusqu'à une substance visqueuse, demi-solide, chargée de globules huileux; dans quelques cas, les kystes contiennent des corpuscules du colostrum, du lait, ou une matière butyreuse : ces tumeurs, rares, ont été décrites sous le nom de *galactocèles*. — Les grands kystes résultent de la distension et de la fusion des micro-kystes : sur la paroi, on trouve en effet des éperons, vestiges des cloisons interacineuses. — Tous ces kystes, petits et grands, sont revêtus d'un épithélium à grosses cellules granuleuses, quelquefois très développées et s'élevant en végétations ramifiées intrakystiques. La prolifération épithéliale est parfois telle que BRISSAUD et MALASSEZ, examinant les premières pièces de RECLUS, ont donné à l'affection le nom d'épithélioma kystique intra-acineux.

Dans l'évolution fibreuse, les zones conjonctives à strates concentriques qui entourent les acini prolifèrent abondamment : il en résulte des lames fibreuses très épaisses qui encerclent les acini ; dans les espaces répondant à ces cercles tangents, les éléments embryonnaires s'accumulent. Cette sclérose périacineuse finit par étouffer les culs-de-sac glandulaires : l'épithélium disparaît et il ne reste que des nodosités dures, véritables rognons fibreux, composés de lames fibro-conjonctives concentriques.

Il est fréquent d'observer, sur la même mamelle, la coexistence de cette atrophie scléreuse et de l'évolution kystique.

De ces deux lésions, l'altération épithéliale et la sclérose conjonctive, la première en date est évidemment l'irritation épithéliale : la prolifération conjonctive est secondaire. — QUÉNU a bien établi cette notion, en rattachant ce processus à celui qui s'observe dans la majorité des organes glandulaires et que CHARCOT a dénommé *cirrhose épithéliale*.

Reste à préciser quelle est la cause provocatrice de ces altérations épithéliales : DELBET estime qu'il s'agit là d'infections atténuées causées surtout par le staphylocoque blanc, pénétrant par voie ascendante suivant les canaux galactophores : l'hypothèse n'est pas invraisemblable, mais manque de preuves décisives.

Symptômes et diagnostic. — Les mastites scléro-kystiques prennent un type clinique différent, selon l'importance relative de l'activité épithéliale et de la sclérose conjonctive, suivant la répartition, circonscrite ou diffuse, de ces lésions.

Quand le processus est généralisé à toute la glande, et quand la réaction conjonctive l'emporte, on observe une forme rare de mastite interstitielle chronique, [connue sous le nom de fibrome diffus de la glande mammaire.

Un syndrome clinique, bien précisé par RECLUS, caractérise la maladie kystique de la mamelle. D'abord, il n'y a pas de tumeur au sens propre du mot : il peut bien exister une nodosité prépondérante, un kyste plus agrandi ; mais des kystes nombreux sont semés dans la mamelle, qui semble criblée de grains de plomb, de nodosités pisiformes, et dont les culs-de-sac paraissent avoir été injectés à la cire. Ces grains centraux et périphériques présentent une dureté ligneuse déconcertante : seule, la ponction permet d'établir s'il s'agit de kystes véritables ou bien des nodosités fibreuses de la maladie de TULLAUX. Deuxième caractère : la lésion n'est point seulement diffuse, elle est ordinairement bilatérale ; mais le fait n'est pas constant.

En règle presque générale, la mastite chronique scléro-kystique ne s'accompagne pas de ganglions dans l'aisselle, ni d'adhérence et de capitonnage de la peau. Elle est souvent, au moment des règles, le siège de phénomènes douloureux. La marche de l'affection est très lente : elle peut durer quinze ans, trente ans et plus. La maladie kystique peut rétrocéder et présenter des réductions de volume : suivant le mot de TULLAUX, *elle est oscillante*. Cette lenteur d'évolution n'est point le fait d'une tumeur maligne. Opérée, la tumeur ne récidive pas, sauf quelques rares transformations épithéliomateuses. C'est pourquoi, au point de vue clinique comme au point de vue anatomique, la maladie kystique et la maladie noueuse sont maintenant rangées parmi les néoplasies bénignes de la mamelle, d'origine inflammatoire, et pourquoi l'abstention opératoire est devenue la règle.