

TROISIÈME PARTIE

MALADIES DE LA MAMELLE

CHAPITRE PREMIER

MALFORMATIONS CONGÉNITALES

Elles sont rares.

L'absence des deux mamelles n'a été observée que chez des monstres non viables. Elle coïncidait avec des troubles profonds dans

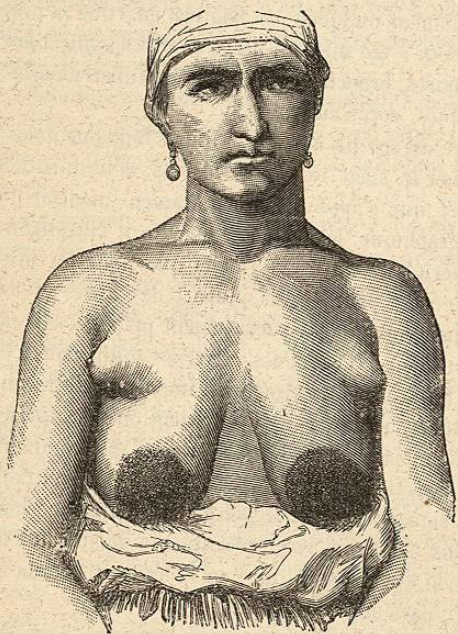


Fig. 57.

le développement du thorax. Puech a réuni une dizaine d'exemples d'absence d'une mamelle (Paris, 1876).

Les mamelles surnuméraires (*poly-mastie*) sont beaucoup plus communes. On a rencontré quelquefois trois glandes, assez souvent quatre — deux auxillaires s'ajoutant aux deux pectorales — et, très exceptionnellement, cinq. Dans ce dernier cas, il existait une glande médiane dans la région épigastrique. Cette disposition, qui

l'embryon humain est toujours pourvu de cinq rudiments de glande mammaire, sur lesquels deux seulement persistent à l'état normal. Cette explication n'est plus de mise lorsqu'on se trouve en présence d'un sujet qui porte 10 mamelles ou mamelons (cas de Neugebauer). On ne peut guère non plus invoquer la réversion du côté d'un type ancestral lorsqu'on trouve une mamelle acromiale, dorsale, vulvaire, inguinale ou fémorale comme on en connaît des exemples.

La *polythélie*, ou présence de mamelons multiples sur une mamelle normale, ne peut pas être séparée de la polymastie. La glande mammaire se développant par une invagination du feuillet épidermique de l'embryon, tout mamelon supplémentaire représente une glande nouvelle.

CHAPITRE II

MALADIES INFLAMMATOIRES

I

INFLAMMATIONS AIGÜES

Les inflammations aiguës de la région mammaire peuvent prendre naissance et se développer soit dans la glande même, inflammations glandulaires proprement dites ou mastites, soit au voisinage de la glande, inflammations périglandulaires ou paramastites. Dans certaines formes très violentes, l'inflammation frappe à la fois sur la glande tout entière et sur le tissu cellulaire qui l'avoisine, c'est le phlegmon diffus de la région mammaire ou mastite diffuse.

A. — Inflammations périglandulaires (*paramastites*).

Les unes sont superficielles (*supramastites*), les autres profondes (*inframastites*).

1° *Inflammations superficielles (supramastites).*

Nous décrivons sous ce titre les érosions, crevasses et fissures du mamelon, les phlegmons et abcès du mamelon et de l'aréole, les phlegmons et abcès du tissu cellulaire sus-glandulaire.

§ 1. — *Fissures et crevasses du mamelon et de l'aréole.*

Quelques jours après l'accouchement, vers le quatrième ou le cinquième jour, rarement plus tard, chez les femmes blondes surtout et chez celles dont le mamelon est peu saillant ou mal conformé, on voit cet organe augmenter de volume, de sensibilité, sous l'influence des pressions, tiraillements, mâchonnements exercés par l'enfant. — Les lésions débutent par l'*exfoliation* de l'épiderme mamelonnaire; l'*érosion* du derme lui succède, s'étendant plus ou moins sur l'aréole; enfin on observe une véritable *excoriation* dont la surface dénudée saigne à chaque tentative de succion. Dans l'intervalle des tétées, il se forme des croûtes plus ou moins crevassées qui tombent à la tétée suivante. Des lésions plus profondes se produisent; alors l'excoriation se fendille plus ou moins profondément, et ces ulcérations allongées, profondes, saignantes, si horriblement douloureuses, prennent, suivant leur profondeur, le nom de *fissures*, *gerçures*, *crevasses*. On peut les observer sur l'aréole, au sommet du mamelon, à sa base, où elles affectent souvent une disposition curviligne qui peut entourer tout le mamelon et être assez profonde pour le détacher complètement, enfin au niveau de l'aréole, qu'elles sillonnent de fissures radiées plus ou moins irrégulières.

D'après Winekel, ces lésions se rencontreraient presque une fois sur deux, à des degrés divers, à peu près aussi souvent chez les multipares que chez les primipares. Cette affection réclame des soins attentifs; si elle n'est pas bien traitée, elle met rapidement obstacle à l'allaitement. Elle peut de plus devenir le point de départ de complications sérieuses: lymphangites, érysipèle, phlegmon, etc. — Des tétées bien réglées, des lotions astringentes ou antiseptiques dans l'intervalle de ces tétées, l'usage d'un bout de sein ou d'un revêtement de baudruche gommée pour éviter l'action directe de la bouche de l'enfant, au besoin des cautérisations légères sur les crevasses qui paraîtraient atoniques, grisâtres, infectées, voici la base de ce petit traitement.

§ 2. — *Phlegmons et abcès du mamelon de l'aréole.*

On observe quelquefois un petit *phlegmon circonscrit au mamelon*. C'est le plus souvent pendant la lactation et à côté de crevasses plus ou moins développées; mais on peut les voir aussi en dehors de la puerpéralité, à la suite de traumatismes, de gerçures simples entretenues par la malpropreté.

Le *phlegmon de l'aréole* a presque toujours pour point de départ une des glandes sébacées de l'aréole. Le résultat est donc un *véritable abcès tubéreux*. On voit aussi cependant de petits phlegmons *lymphangitiques*. Les uns et les autres sont plus communs pendant la grossesse ou la lactation; mais des causes banales peuvent les produire en dehors de ces périodes.

Velpeau et Chassaignac ont décrit au niveau du mamelon et de l'aréole des *petits abcès canaliculaires*, développés dans les conduits galactophores eux-mêmes; mais leur existence semble très problématique.

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

Il est souvent très difficile de distinguer un phlegmon sous-cutané d'avec un abcès d'un lobe superficiel pendant les périodes où la glande est plus particulièrement affectée: naissance, puberté, état puerpéral et lactation. La confusion est facile à éviter en dehors de ces conditions. C'est alors l'érysipèle, la lymphangite succédant à des traumatismes ou à des irritations cutanées, qui ouvrent la scène.

Primitivement ou après quelques phénomènes généraux: fièvre, frissons, malaise, état gastrique, on voit le sein se tuméfier; c'est surtout *dans sa partie inférieure et externe* que l'accident s'observe. La partie tuméfiée ne tarde pas à devenir douloureuse, chaude, tendue, à se couvrir d'une rougeur plus ou moins diffuse. Les tissus enflammés gardent l'impression des doigts qui les palpent, et bientôt l'abcès est constitué, car la résolution est très rare. Cet abcès est presque toujours unique; il s'ouvre spontanément au bout de douze à quinze jours; dans certains cas, il est assez étendu; on a même vu la suppuration fuser vers l'aisselle, l'épigastre, l'hypochondre; elle s'étend rarement dans le parenchyme glandulaire.

2° *Phlegmons et abcès sous-mammaires.*

Le *phlegmon aigu sous-mammaire* ou *rétro-mammaire* qui ne reconnaît pas pour origine une inflammation glandulaire profonde est exceptionnel. — Il est surtout rarement primitif; on le rencontre à la suite de certaines inflammations thoraciques, pleurésie intense (Velpeau), périostites costales aiguës, abcès chaud de la paroi thoracique suite de violences, de confusions, de froissements.

Le phlegmon sous-mammaire est *partiel* ou *total*; c'est à dessein que nous ne nous servons pas des expressions *circonscrit* et *diffus*, qui ont occasionné de la confusion dans les descriptions classiques.

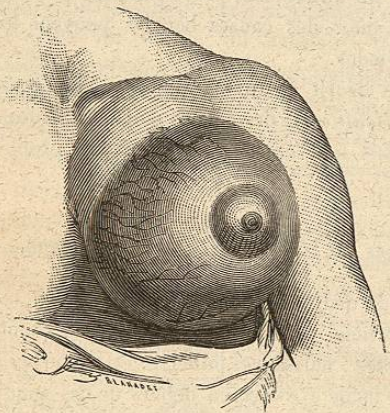


Fig. 58. — Abscès sous-mammaire (Reyaut).

Le phlegmon total du tissu cellulaire ou de la bourse séreuse rétro-mammaire commence par des phénomènes généraux; presque en même temps on voit apparaître un gonflement de la région mammaire, dans lequel la glande est comme refoulée, projetée en avant. L'induration est surtout périphérique et rétro-mammaire; lorsqu'on comprime le sein d'avant en arrière, il semble qu'il repose sur une éponge (Velpeau). Les douleurs sont sourdes et gravatives. La suppuration apparaît rapidement, en trois à six jours, caractère qui lui est commun avec les inflammations superficielles et qui distinguerait le phlegmon rétro-mammaire des suppurations glandulaires. La collection purulente est parfois énorme; on a vu de ces abcès qui renfermaient jusqu'à 1 litre de pus; la périphérie de la glande est marquée au bout de quelque temps par une saillie en bourrelet au niveau de ses points déclives; en bas et en dehors se trouve le lieu d'élection pour l'incision. — Les fusées purulentes sont rares; on en a observé pourtant vers l'aisselle, l'abdomen, le cou, la plèvre,

le médiastin antérieur. — Les abcès rétro-mammaires non glandulaires ne traversent jamais la glande pour s'ouvrir au dehors. Des trajets fistuleux peuvent s'établir et persister un temps variable après l'ouverture de ces phlegmons. — La pleurésie de voisinage n'est point une complication rare.

Le phlegmon partiel, au dire de Velpeau, n'est pas rare; il soulève la glande d'une façon irrégulière; les phénomènes généraux sont moins intenses; l'abcès vient s'ouvrir dans le point de la circonférence de la mamelle qui l'avoisine.

B. — *Phlegmons et abcès glandulaires.*

La mastite proprement dite s'observe assez souvent chez les nouveau-nés des deux sexes à titre de complication de la poussée fluxionnaire qui aboutit chez eux à cette lactation passagère que tout le monde connaît. Elle peut aussi se montrer à l'époque de la puberté. On sait qu'à ce moment, chez les jeunes gens des deux sexes, le sein se tuméfie, qu'un peu de liquide séreux sourd parfois pendant quelques jours par le mamelon. Dans les deux cas, des abcès de petit volume la plupart du temps sont ouverts au voisinage du mamelon.

Mais la plus fréquente de beaucoup et la plus importante, c'est la *mastite puerpérale*, dont nous allons nous occuper exclusivement.

Étiologie et pathogénie. — Très fréquente sans qu'on puisse donner à ce sujet des chiffres bien certains, la mastite puerpérale s'observe le plus souvent chez les femmes accouchées depuis quinze à vingt jours. C'est du moins l'opinion qu'ont soutenue la plupart des auteurs. Plus récemment cependant Kœhler, à Bâle, et Deiss, à Heidelberg, ont établi que le début était moins éloigné de l'accouchement qu'on ne l'avait dit jusque-là. Elle est plus commune chez les primipares.

Nos devanciers, abusés par le plaidoyer sentimental de J.-J. Rousseau, croyaient que les abcès étaient plus fréquents lorsque la femme ne nourrissait pas du tout. On sait aujourd'hui fort bien, et Velpeau y insiste longuement, que les inflammations mammaires sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes qui nourrissent, et surtout chez les femmes qui, ayant commencé à allaiter pendant quinze ou vingt jours, sont obligées d'interrompre la lactation: cette condition

est particulièrement importante. Le professeur Gosselin distingue même deux variétés de mammites post-puerpérales : l'une *suppurante*, chez des femmes ayant allaité quinze ou vingt jours; l'autre non suppurante, qui n'est autre qu'un engorgement un peu douloureux, chez les femmes qui n'ont pas nourri ou ont cessé de nourrir au bout de trois ou quatre jours. — La mammité n'est pas forcément liée à l'existence d'une crevasse ou d'une fissure. Dans les relevés de Deiss, tout accident de cette nature manquait dans la moitié des cas. — Les deux seins sont également exposés à l'inflammation. Ils sont atteints simultanément 1 fois sur 6 environ.

La pathogénie et la nature même de la mammité puerpérale ont été envisagées différemment par les chirurgiens. La *théorie de l'engorgement laiteux* comme point de départ de l'affection est vieille comme le monde. La stase laiteuse était supposée, provoquer à la longue une inflammation parenchymateuse de la glande mammaire. Le lait agissait comme corps étranger (Velpeau). Chassaignac donnait comme preuve de cette origine intra-canaliculaire de la mammité ce fait que dans les premiers temps on fait souvent, en pressant sur le sein, sourdre du pus avec du lait par les canaux galactophores. Budin a démontré la réalité de cette issue du pus par un petit artifice. Il applique sur le mamelon un tampon d'ouate hydrophile qui se laisse imbiber par le lait et retient le pus à sa surface.

Nélaton et ses élèves, Ad. Richard en particulier, s'élevèrent contre cette manière de voir et cherchèrent à établir que les abcès puerpéraux étaient 9 fois sur 10 des abcès lymphangitiques dont le point de départ devait être cherché dans les fissures et les excoriations du mamelon. Pour eux, l'engorgement laiteux était consécutif et non pas primitif comme le pensaient Velpeau et Chassaignac.

Cette doctrine, quoiqu'elle ne reposât sur aucune preuve positive, a joui cependant quelque temps d'une véritable faveur. Pourtant, des auteurs autorisés ne l'ont jamais acceptée, entre autres Duplay, Lannelongue, Tripier. On pouvait lui objecter : 1° la disposition même de l'inflammation par foyers isolés correspondant aux lobes de la glande (la lymphangite n'eût pas été limitée de la sorte à des territoires définis); 2° l'existence bien constatée, comme nous le disons plus haut, de suppurations intra-canaliculaires dont les produits se mêlent au lait; 3° l'écoulement du lait par les ouvertures

spontanées ou chirurgicales des abcès mammaires; 4° l'absence commune d'adénite axillaire qui ne se comprendrait guère en cas de lymphangite; 5° l'absence 1 fois sur 2 de fissure du mamelon; 6° la nécessité d'admettre que l'inflammation se propagerait dans le sens inverse du cours de la lymphe.

Toutes ces raisons ont une grande valeur; mais elles le cèdent en importance à celles-ci : que l'examen du lait a révélé chez les malades la présence de nombreux microbes, que l'examen anatomique et bactériologique, avec Piante, Bumm, Kohn, de Merritt, a montré la réalité de l'infection glandulaire, que Nocard a pu reproduire à volonté une mastite diffuse chez les brebis laitières en inoculant les canaux galactophores.

C'est donc bien d'une lésion glandulaire véritable qu'il s'agit. La mastite puerpérale satisfait ainsi aux conditions générales des inflammations glandulaires qui se propagent le plus habituellement par les canaux excréteurs, qu'il s'agisse des glandes salivaires, du foie ou du rein. Mais par quel procédé cette lésion s'établit-elle? L'engorgement laiteux ne saurait à lui seul créer l'infection de la glande. Celle-ci est produite par des micro-organismes déposés sur le mamelon par la bouche de l'enfant, le plus souvent (Kehrer). D'autres modes d'infection, ophthalmie purulente, lochies, etc., peuvent sans doute intervenir quelquefois (Legry).

Le rôle des fissures et des diverses excoriations du mamelon est peut-être simplement d'établir au voisinage des orifices des conduits galactophores une surface favorable au développement des bactéries pathogènes. L'engorgement laiteux réalise de son côté au plus haut point la création d'un milieu de culture propre à ces organismes. En tout cas, il n'est certainement pas suffisant pour amener la suppuration de la glande, ainsi que le prouvent des expériences d'obturation des canaux galactophores, réalisées chez des animaux en lactation par Kehrer et par Delbet. On n'a pas trouvé, au moins dans l'espèce humaine, un microbe spécial de la mammité, mais le streptocoque, le staphylocoque blanc et doré, et un microcoque analogue au gonocoque (Bumm).

Est-ce à dire que jamais le processus de la lymphangite n'intervienne dans le développement des abcès du sein? Nous n'oserions pas l'affirmer.

Symptômes et marche. — Parfois l'affection débute d'une

manière brusque, par des frissons, un malaise général ; plus souvent on observait depuis quelques jours un peu d'engorgement du sein ; graduellement cet engorgement est devenu douloureux. La peau est lisse à son niveau, tendue, sillonnée de grosses veines bleuâtres, mais non pas rouge ; le sein est immobilisé, il semble collé sur le thorax. Le gonflement est ordinairement circonscrit à un lobe ; la palpation révèle l'existence des bosselures, de noyaux indurés entourés d'un empâtement diffus. L'empâtement s'accroît rapidement autour des lobules engorgés primitivement ; enfin la peau devient rouge, œdémateuse, sa température est notablement élevée. Le moindre contact, le plus petit mouvement, retentissent très douloureusement dans la région enflammée ; les précautions que prennent les malades pour sortir le sein quand il s'agit de le montrer au médecin donnent une bonne idée des souffrances qu'elles endurent.

L'appétit disparaît ; le sommeil se perd ; fièvre ordinairement modérée, mais persistante.

Bientôt, au milieu de cette rougeur diffuse, se détachent certains points plus saillants, plus foncés, formant une tuméfaction arrondie plus ou moins étendue et d'une teinte bleuâtre ou violacée. Ces points d'abord indurés, empâtés, œdémateux, ne tardent pas à se ramollir : le phlegmon s'est terminé par suppuration, l'*abcès glandulaire du sein* est constitué ; la résolution est rare. La terminaison par suppuration ne s'effectue guère avant quinze jours ; elle met quelquefois un mois, six semaines à se produire. On trouve souvent plusieurs points enflammés : 2, 3, et jusqu'à 6 dans un seul sein, et nous savons que les deux mamelles peuvent être prises. — Cette *multiplicité des foyers inflammatoires* est un caractère malheureusement commun des phlegmasies glandulaires du sein. L'affection se prolonge parfois longtemps ; tout n'est pas fini, en effet, après une première poussée ; d'autres lui succèdent à des intervalles plus ou moins éloignés : Velpeau a compté jusqu'à 25, 55, 41, 46 et même 52 abcès consécutifs sur un seul sein dans un espace de deux à trois mois, mais il faut se hâter de dire qu'avec des pansements antiseptiques bien dirigés, on ne voit plus guère cette éternisation des abcès mammaires.

L'abcès abandonné à lui-même s'ouvre à l'extérieur ; mais il peut pour cela suivre des voies diverses : le plus souvent il vient s'ouvrir directement à l'extérieur, au voisinage de l'aréole ; dans quelques-

uns de ces abcès, la participation de la glande à l'inflammation est si limitée que l'on croit avoir affaire à des *abcès sous-cutanés* ; lorsque l'inflammation occupe les lobules profonds les plus éloignés, c'est au contraire dans le tissu cellulaire sous-mammaire que le phlegmon semble se produire presque uniquement ; on voit survenir alors un véritable *abcès sous-mammaire*. Dans quelques circonstances, l'évolution se fait à la fois vers la peau et vers la bourse séreuse rétro-mammaire. Bon nombre de ces cas rentrent dans la catégorie des *abcès en boutons de chemise et en bissac*, décrits par Velpeau, c'est-à-dire qu'ils présentent deux cavités réunies par un canal plus ou moins étroit.

Par l'ouverture de l'abcès s'échappe une quantité souvent plus considérable qu'on ne pourrait le croire d'un pus franchement phlegmoneux, mélangé de lait ou non, quelquefois fétide ou gazeux. Si l'abcès est peu profond, la cicatrisation s'effectue, comme dans tous les phlegmons aigus, rapidement ; lorsque l'abcès est situé profondément, lorsqu'il est devenu sinueux, anfractueux par la réunion de plusieurs abcès primitivement isolés, qui ont fini par communiquer les uns avec les autres, il arrive que sa cavité se vide mal, et que le trajet s'indure, devient fistuleux ; on a alors un ou plusieurs orifices par lesquels s'échappe une quantité variable de pus plus ou moins séreux et mélangé de lait : *fistule mammaire*.

Les glandes qui ont longtemps suppuré et sur lesquelles plusieurs abcès se sont développés peuvent conserver des nodules durs dans leur épaisseur. Elles restent souvent beaucoup moins propres à la lactation. On les a même parfois vues s'atrophier plus ou moins complètement.

Traitement. — Il est presque inutile d'insister sur le traitement prophylactique. Des soins minutieux de propreté doivent évidemment protéger efficacement le mamelon contre l'infection. Un certain nombre de phlegmons du sein peuvent se terminer par résolution. Le traitement banal par les sangsues, les antiphlogistiques, les résolutifs, les frictions mercurielles, la compression, est de peu d'importance et doit céder le pas à l'expression du sein, telle que Marsh et Budin l'ont conseillée presque en même temps. On vide à plusieurs reprises par des pressions exercées de la périphérie vers le mamelon, le contenu lacté et purulent à la fois des canaux galactophores. Budin a obtenu par ce traitement 8 succès sur 9 cas.

Si, malgré tout, la suppuration survient, il faut lui donner issue. L'ouverture sera faite avec toutes les précautions antiseptiques voulues au niveau des points fluctuants; elle sera renouvelée pour chaque abcès glandulaire, si cela est nécessaire. Si l'abcès est vaste et s'accompagne de décollements, on fera sur le doigt introduit par l'ouverture primitive une contre-ouverture dans le sillon thoraco-mammaire; l'incision mesurera 2 à 4 centimètres suivant les dimensions de l'abcès; on pourra recourir au drainage simultané de foyers, mais autant que possible les tubes ne devront pas rester trop longtemps en place; c'est le moyen d'éviter d'interminables fistules. Il nous paraît préférable d'inciser séparément chaque foyer, de bien le vider, de le laver avec soin avec une solution phéniquée forte ou avec du chlorure de zinc. L'écoulement des liquides sera assuré par un tube court que l'on diminuera aussitôt que l'écoulement sera devenu moins abondant. L'extirpation du foyer inflammatoire, préconisée par J. Bœckel, serait justifiée seulement dans le cas de fistules rebelles qui auraient résisté aux injections modificatrices, à la cautérisation, aux débridements.

Enfin le médecin devra presque toujours donner son avis sur la continuation de l'allaitement. La réponse est facile. Dès le début le lait est altéré dans les phlegmons mammaires, puisque la lésion est primitivement glandulaire. Il y a donc danger pour l'enfant à têter dans ces conditions. Mais il est évidemment utile à la mère de favoriser par tous les moyens possibles la déplétion de la mamelle. Le meilleur de ces moyens est certainement l'expression telle que nous l'avons conseillée.

C. — *Phlegmon diffus.*

Le phlegmon diffus est rare à la région mammaire; on l'observe à la suite de certains érysipèles phlegmoneux, de certaines lymphangites graves, de certaines phlegmasies très intenses de la mamelle chez des femmes placées dans de mauvaises conditions hygiéniques, chez des diabétiques, des albuminuriques.

Il est alors rarement limité à la couche sous-cutanée; Trousseau et Contour en ont cependant cité des exemples; le plus souvent, ainsi que l'ont indiqué Dupuytren, Velpeau, Chassaignac, il s'étend en profondeur. — Cliniquement, il est caractérisé par un gonflement et

une tension extrêmes de toute la région mammaire accompagnée de douleurs extrêmement vives, d'une sensation très pénible de constriction, d'un état général grave avec symptômes d'adynamie profonde. La peau présente une teinte foncée, rouge violacé; on peut y observer des phlyctènes.

Si l'on n'intervient pas à temps et d'une manière très énergique, la glande mammaire semble imbibée de pus comme une éponge, tout le tissu cellulaire se sphacèle; la glande se trouve disséquée, et, chez un de ses malades, le professeur Duplay a pu extraire, par un des nombreux orifices de sortie du pus, la glande presque tout entière atteinte elle-même par cette mortification qui l'avait privée de ses vaisseaux nutritifs.

Le bistouri, le fer rouge, ou le thermocautère, tout doit être employé largement si l'on veut enrayer et guérir la maladie.

II

INFLAMMATIONS CHRONIQUES DE LA RÉGION MAMMAIRE

Les inflammations chroniques de la mamelle peuvent être partielles ou diffuses.

1° *Mastites chroniques partielles.*

Elles débutent à l'occasion de la lactation ou en dehors d'elle, s'accusant par l'existence d'un noyau induré du volume d'une noisette ou d'une noix, revêtant une forme arrondie ou au contraire offrant l'aspect d'une plaque dure sans limites précises (Delbet), adhérent à la glande, mais mobile sur les parties profondes, fixée le plus souvent à la peau, qui présente les caractères de la peau d'orange, avec possibilité de rétraction du mamelon. Cette induration est douloureuse à la pression et s'accompagne assez fréquemment d'un engorgement des ganglions axillaires.

Ce phlegmon chronique aboutit après un temps très variable, six ans dans un cas de Reclus, à la suppuration, ou au contraire se résout spontanément ou persiste indéfiniment avec ses caractères primitifs. On peut se demander si ces noyaux inflammatoires ne sont pas l'origine de certaines tumeurs bénignes, adénomes ou

adéno-fibromes. Comme elles se rencontrent surtout chez des femmes d'un certain âge et qu'elles peuvent s'accompagner d'élanements douloureux, elles sont souvent prises par les malades ou même par les médecins pour des tumeurs du sein. Lorsqu'elles sont volumineuses et en partie fluctuantes, elles peuvent faire croire à un cystosarcome, ou à un épithélioma ramolli. Le plus souvent, la tumeur étant mal limitée, adhérente à la peau, simulera plutôt un cancer de la variété fibreuse, un squirrhe.

On observe encore, sur des mamelles volumineuses ou présentant des tumeurs à marche un peu lente, des *engorgements hypostatiques* dont il faut connaître l'existence, parce qu'ils gênent quelquefois beaucoup l'exploration et nuisent au diagnostic.

2° Mastites chroniques diffuses.

Le Dentu a décrit, sous le nom de *sclérome phlegmasique temporaire de la mamelle*, une affection caractérisée par une hypertrophie œdémateuse de la peau et des tissus mammaires que Cruveilhier avait déjà observée et décrite sous le nom d'*œdème actif de la mamelle*.

D'autre part, chez les tuberculeux avancés, du côté où les lésions pleuro-pulmonaires sont le plus marquées, on peut voir survenir une véritable mastite inflammatoire subaiguë, due peut-être à une propagation de l'inflammation pleurale à la mamelle et qui se termine par la résolution.

Enfin, pour certains auteurs, la maladie kystique qui sera décrite plus loin serait une véritable mastite diffuse à noyaux multiples.

CHAPITRE III

TUMEURS DE LA MAMELLE CHEZ LA FEMME

La glande mammaire est chez la femme un siège de prédilection pour le développement des tumeurs. Les modifications physiologiques auxquelles elle est continuellement soumise pendant la vie sexuelle, les transformations graduelles qu'elle subit après la ménopause, peut-

être sa situation superficielle qui l'expose aux traumatismes, semblent être les causes de cette prédisposition.

Les tumeurs de la mamelle sont nombreuses et variées. Sur ce terrain semblent s'être donné rendez-vous presque toutes les formations néoplasiques que l'on peut rencontrer dans le corps humain. Cette complexité extrême a encore plus embarrassé, il faut le dire, les anatomo-pathologistes que les cliniciens. Il suffit presque à ces derniers de posséder des notions assez solides pour y asseoir le pronostic et le traitement d'une tumeur déterminée. Les autres, au contraire, devaient chercher à pénétrer l'essence même des productions morbides. Ils ont rencontré dans cette étude des difficultés qui sont loin d'être toutes tranchées en ce moment. La division des tumeurs en familles, genres, et espèces naturelles, la découverte de leur origine première, la connaissance de leur évolution, laissent encore à désirer sur plus d'un point.

Prendre pour base d'une description pathologique une des classifications actuellement admises, faire successivement l'histoire clinique de chaque espèce anatomique, est une œuvre qui ne doit pas être tentée.

Nous préférons, dans un premier paragraphe, exposer l'état de nos connaissances anatomiques sur les tumeurs de la mamelle, et, dans un second, les décrire à un point de vue clinique. Peut-être, en agissant de la sorte, utiliserons-nous les données fournies par le laboratoire, mieux que nous ne le ferions en rapprochant de force des faits fournis par des méthodes d'observation absolument différentes, et qui pour le moment sont loin de se prêter toujours un mutuel appui.

I

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES TUMEURS DE LA MAMELLE

A. — Tumeurs solides.

Pendant longtemps les différentes tumeurs du sein ont été absolument confondues les unes avec les autres. L'unique moyen de classification employé par les auteurs consistait à les désigner, suivant leur consistance, en squirrhe ou en encéphaloïde.

A. Cooper, Velpeau, puis Cruveilhier, séparèrent les premiers de