

LIVRE VIII

MALADIES CHIRURGICALES DE LA POITRINE

CHAPITRE PREMIER

AFFECTIONS DE LA MAMELLE

Bibliographie générale. — *Traité des maladies du sein.* — A. COOPER, London, 1829. — CARPENTIER-MÉRICOURT, Paris, 1845. — BIRKETT, London, 1850. — VELPEAU, Paris, 1854. — KLOB, *Anat. path. des org. sexuels de la femme*, Wien, 1864. — BILLROTH, in *Deutsche Chir.*, Lief. 41, 1880.

§ 1^{er}. — Lésions traumatiques de la glande mammaire

Les *plaies* de la mamelle, assez rares, ne présentent aucune particularité qui mérite de nous retenir; la richesse des vaisseaux sanguins et lymphatiques rend suffisamment compte de l'abondance de l'écoulement sanguin au début, plus tard de la fréquence des lymphangites et des érysipèles. Cette dernière complication est facile à reconnaître par son déplacement, le rebord saillant de la rougeur, la grande sensibilité du tégument, enfin par le gonflement modéré des ganglions axillaires. Le traitement ordinaire des plaies, la réunion antiseptique, conviennent aux blessures de la région mammaire.

Les *brûlures* par des liquides bouillants ou des vêtements enflammés n'intéressent presque jamais la glande elle-même. Seuls la peau et le mamelon sont parfois lésés, il peut en résulter des cicatrices qui rétrécissent ou obturent les conduits excréteurs. Plus tard, à l'occasion d'une grossesse, une semblable altération déterminerait certainement des accidents, une gêne considérable dans l'excrétion du lait et par suite l'atrophie ou des abcès. Mieux vaudrait s'abstenir en pareil cas que de pratiquer l'excision du mamelon cicatriciel, opération qui n'aurait aucune utilité, puisque les fonctions sont compromises.

Rien ne serait plus fréquent que les *contusions* du sein si l'on ajoutait foi au

dire des malades qui généralement rattachent toutes les tumeurs de cet organe à un traumatisme antérieur. Sans nier la possibilité de cette étiologie pour un certain nombre de faits, nous devons nous mettre en garde contre cette tendance; habituellement les contusions n'ont d'autre effet que de produire une ecchymose, un épanchement sanguin lent à se résorber, et ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles que le sang épanché s'encapsule ou forme une tumeur fibreuse. On a également signalé la possibilité de collections sanguines sous-mammaires. Ces divers épanchements s'abcèdent quelquefois.

Il convient d'en rapprocher les extravasats sanguins spontanés signalés par COOPER, VELPEAU, BIRKETT, BILLROTH, chez les jeunes filles atteintes d'aménorrhée ou de dysménorrhée.

Le traitement qui convient aux lésions traumatiques du sein consiste dans l'application de compresses résolatives (eau blanche, eau-de-vie camphrée, fomentations tièdes); un pansement légèrement compressif sera toujours utile.

§ 2. — Affections inflammatoires. — Mastites

1^o LÉSIONS DU MAMELON ET DE L'ARÉOLE

Bibliographie. — COURGEY, Th. de Paris, 1877. — DE SINETY, *Traité de gynécologie*, Paris, 1883.

Le mamelon et l'aréole sont souvent le siège d'affections fort douloureuses auxquelles on a donné les noms d'*érosions*, d'*excoriations*, lorsqu'elles ne comprennent que l'épiderme, de *gerçures*, de *fissures*, de *crevasses*, s'il s'agit de solutions de continuité allongées, plus profondes que les précédentes. Elles sont relativement rares sur l'aréole.

Sur cinq cent vingt-six nourrices, COURGEY en compte deux cent quatre-vingt-quatorze atteintes de gerçures, c'est-à-dire près des trois cinquièmes se répartissant de la façon suivante: cent trente-sept érosions; quarante gerçures et fissures, soixante-dix-huit crevasses et ulcérations graves; deux cent trente fois les deux seins étaient malades.

Étiologie. — Tous les auteurs qui ont étudié cette question, WINCKEL, ROSSI, COURGEY, reconnaissent que les primipares y sont prédisposées, sans qu'il y ait d'immunité pour les autres. Le tempérament lymphatique, les vices de conformation du mamelon (mamelons invaginés, ombiliqués), les tractions exercées par l'enfant sur un bout de sein incommode, constituent les causes vulgaires de ces affections. DONNÉ a fait intervenir les altérations de la sécrétion; ROSSI, CHURCHILL, les aphtes de la bouche des nouveau-nés, BLEY, la réaction acide de leur salive. Enfin la malpropreté n'est pas indifférente à leur production.

L'excoriation, ordinairement limitée aux couches superficielles du derme, siège de préférence au sommet du mamelon; ses dimensions oscillent entre un grain de mil et une lentille. A la loupe, la surface présente un aspect fongueux, granuleux, humide; çà et là elle est recouverte de croûtes minces, jaune rougeâtre, qui saignent quand on les détache.

Symptômes. Marche. — Suivant COURGEY, ces lésions apparaîtraient du troisième au cinquième jour de l'allaitement pour disparaître du sixième au septième. L'érosion succède à une phlyctène développée sur les saillies du mamelon, la fissure à une phlyctène d'un sillon. Sans cesse irritée, la petite excoriation n'a point de tendance à guérir, devient très douloureuse, intolérable. Lorsqu'il existe plusieurs fissures, le mamelon et même l'aréole enflammés, rouges, laissent suinter une lymphe séro-sanguinolente qui se concrète sous forme de croûtes. On a vu dans des faits exceptionnels l'affection aboutir à la destruction du mamelon; sur deux cent quatre-vingt-quatorze cas, COURGEY trouve vingt fois des pertes de substance et même des chutes complètes du mamelon; BOUCHUT signale l'ouverture anormale de conduits galactophores au niveau d'une fissure profonde.

Convenablement traitée, cette affection a peu d'importance; il faut savoir toutefois qu'elle expose à des complications sérieuses; telles sont la lymphangite simple ou suppurée, le phlegmon sous-cutané, la mastite diffuse, les engorgements laiteux, l'érysipèle.

Traitement. — Il est prophylactique ou curatif. Signalons parmi les moyens d'éviter les érosions, la préparation du mamelon avant l'accouchement, les lotions astringentes et alcooliques, les soins de propreté, les lotions alcalines pendant l'allaitement. Le meilleur traitement consiste à cesser de donner le sein. VELPEAU ne partageait pas cette manière de voir, et comme c'est souvent une dure nécessité pour les nourrices, on peut essayer de continuer l'allaitement en soignant la lésion. Tout a été employé contre les gerçures; parmi les moyens les moins mauvais, citons le vin sucré, les cataplasmes, les badigeonnages au nitrate d'argent, le tannin, le rhum, le glycérolé d'amidon, l'acide picrique. HAUSMANN préconise les compresses phéniquées à 5 p. 100; d'autres les pommades phéniquées (0^{gr}, 5 pour 10 gr.); STEINER préfère les badigeonnages avec un pinceau.

2° INFLAMMATIONS DE LA GLANDE. — MASTITES

Bibliographie. — NÉLATON, *Presse méd.*, 1852. — GIRALDÈS, *Gaz. des Hôp.*, 1854. — CHASSAIGNAC, *Gaz. méd. de Paris*, 1855, et *Traité de la suppuration*, t. II. — WINKEL, *Die Pathol. der Wochenbetten*, Breslau, 1869. — GOSSELIN, *Clin. de la Charité*, 1873.

Thèses de Paris. — 1843, CORNET. — 1844, BOUSSIRON. — 1847, ALABOISSETTE. — 1849, DESNEUX. — 1854, DURRIEUX, BENOIST. — 1856, LEFEBVRE. — 1858, BORIES. — 1862, CLAUDE. — 1873, GILLE. — 1876, HERPIN. — 1878, BAILLEUL, LEHALLAIS. — 1880, RICARD. — 1881, VERGEADE.

Les divisions adoptées par les auteurs pour distinguer les inflammations du sein reposent sur des considérations différentes. Tandis que les uns les divisent en deux groupes suivant qu'elles sont ou non puerpérales, d'autres prennent pour base le siège anatomique et décrivent des phlegmons *sous-cutanés*, *sous-mammaires* et *parenchymateux* (VELPEAU). A l'exemple de BILLROTH, nous étudierons dans des paragraphes distincts la mammite puer-

pérale, de beaucoup la plus commune, la mammite aiguë ou subaiguë étrangère à la lactation, enfin la mammite chronique simple ou spécifique.

A. — MAMMITE OU MASTITE PUERPÉRALE

Le temps n'est plus où toutes les inflammations mammaires étaient banalement attribuées au froid, à une contusion, à la simple rétention du lait chez les nouvelles accouchées. Ce sont seulement des circonstances prédisposantes; nous pensons avec ROSER, BILLROTH et la majorité des auteurs que la rétention du lait est plutôt l'effet que la cause de l'inflammation.

Deux explications également rationnelles méritent de nous retenir quelques instants; ce sont: 1° l'inflammation des conduits galactophores; 2° la théorie de la lymphangite superficielle et profonde.

Au premier abord l'esprit ne conçoit pas bien de quelle façon ni sous quelle influence survient l'inflammation des conduits; de plus, personne n'a jamais montré ce mode de début; néanmoins cette hypothèse est parfaitement plausible, une irritation périphérique de l'aréole ou du mamelon ne peut-elle pas se propager à un conduit glandulaire et à un lobule? Ne voit-on pas se produire, par un mécanisme analogue, les orchites et les parotidites? Dans ce cas la transmission de l'irritation, fort mal définie, se ferait par les parois; mais il serait tout aussi rationnel d'admettre que le lait altéré par des agents extérieurs provoque l'inflammation de l'organe sécréteur.

Sans être ancienne, la théorie de la lymphangite est admise aujourd'hui par la majorité des chirurgiens. Émise par VELPEAU, acceptée par NÉLATON (1853), soutenue par RICHARD, l'origine lymphatique des inflammations mammaires semble à peu près hors de contestation. Cependant DUPLAY ne paraît pas l'adopter volontiers, il objecte l'indifférence fréquente des ganglions axillaires, et d'autre part, la marche de l'inflammation en sens inverse du cours de la lymphe. La première objection est relative, car les ganglions sont souvent douloureux s'ils ne sont pas gonflés. Quant à la question du sens de la marche de la lymphangite, elle ne repose sur aucun fondement. A l'occasion d'une érosion, d'une crevasse du mamelon, survient une lymphangite superficielle ou profonde qui procède de la périphérie vers les troncs; la lymphe altérée transportée dans la circulation, y détermine la lymphite des réseaux et la péri-lymphite.

Étiologie. Fréquence. — Sur deux cent vingt-huit cas de mammite relevés par NUNN, BRYANT, BILLROTH, on en trouve cent soixante et onze développés pendant la lactation, treize pendant la grossesse; trente-quatre seulement sont étrangers à l'état puerpéral. La maladie serait plus fréquente dans les hospices que dans la pratique privée, chez les blondes que chez les brunes. Plusieurs statistiques réunies nous montrent que l'affection siègeait deux cent soixante et une fois à droite; cent quatre-vingt-douze fois à gauche et dans soixante-cinq cas des deux côtés. Ajoutons encore que les primipares y sont plus exposées et que l'affection siège de préférence dans la partie inférieure et externe de l'organe. Le maximum de fréquence se présente pendant le premier mois après l'accouchement, surtout dans la seconde quinzaine.

Si le surcroît d'activité fonctionnelle, et ce qu'on a appelé l'engorgement laiteux, constituent des causes prédisposantes, presque toujours l'affection succède à une lésion du mamelon ou de l'aréole.

Anatomie pathologique. — Il existe plusieurs variétés anatomiques des phlegmons et abcès mammaires. On distingue des inflammations du tissu cellulaire sous-cutané, sous-mammaire et enfin de la glande. Cette dernière porte plus spécialement le nom de *mammite*, *mastite*, par opposition aux deux premières encore appelées *paramastites*.

1° Le *phlegmon du tissu cellulaire sous-cutané* comprend deux formes, circonscrite et diffuse. La première, de beaucoup la plus commune, est désignée différemment suivant le siège qu'elle occupe; le phlegmon sus-aréolaire partiel ou total prend sa naissance dans les glandes de Montgomery et aboutit à la formation de ces abcès désignés par VELPEAU sous le nom d'*abcès tubéreux* ou *furunculoux*. Quant aux abcès circonscrits sous-cutanés ils ont la même évolution que les abcès angioleucitiques, apparaissent au niveau d'une plaque d'abord rouge et indurée, plus tard violacée et ramollie à son centre; ils sont remarquables par leur multiplicité, l'existence de cordons intermédiaires indurés.

2° Le *phlegmon rétro-mammaire* reconnaît les mêmes causes que le précédent et résulte sans doute d'une lymphangite profonde; d'ailleurs il coïncide fréquemment, comme le premier, avec d'autres formes de l'affection et dans ce dernier cas il est parfois diffus. Par suite de son siège le phlegmon sous-mammaire ne peut se développer et s'abcéder sans repousser le sein en avant et en dehors.

3° Le *phlegmon glandulaire, parenchymateux*, succède très souvent à la lymphangite puerpérale superficielle. L'abcès intra-glandulaire n'apparaît qu'après plusieurs semaines, soit par une sorte de réveil de l'irritation, soit à l'occasion d'une nouvelle lymphangite (BUDIN).

Contrairement à ce que l'on voit pour d'autres glandes, la parotide, par exemple, l'affection n'envahit pas tout l'organe en même temps; elle procède par foyers disséminés, successifs, qui tantôt siègent dans le tissu conjonctif inter-acineux, tantôt intéressent les éléments glandulaires. Dès qu'on cherche à pénétrer plus intimement dans le mode de formation du foyer phlegmoneux, on se heurte à des difficultés d'interprétation dues probablement à la pauvreté de nos connaissances anatomo-pathologiques. C'est toujours le même problème qui se pose, la même alternative embarrassante. Le processus a-t-il débuté par le tissu cellulaire et les lymphatiques ou le cul-de-sac glandulaire? KLOB, pas plus que BILLROTH ne sont très affirmatifs sur ce point; peut-être la pathologie microbique permettra-t-elle de pousser plus loin dans l'un et l'autre sens.

Quoi qu'il en soit, ces abcès n'ont pas une paroi lisse, nettement circonscrite; on y voit des portions saillantes constituées par des débris de tissu cellulaire et du tissu glandulaire. BILLROTH admet la possibilité d'une mammite métastatique dans le cours de la pyohémie puerpérale.

4° *Phlegmon total ou phlegmon diffus*. Dans cette variété, assez rare, décrite par DUPUYTREN, VELPEAU, CHASSAIGNAC, l'inflammation se propage plus ou moins rapidement à toutes les parties voisines; le sein se recouvre de phleg-

tènes, prend une couleur violacée; çà et là le tissu se sphacèle et les ouvertures donnent issue à des lambeaux gangreneux.

Symptômes. — Les symptômes généraux, communs à toutes les formes inflammatoires, ne varient que par l'intensité; les symptômes locaux, au contraire, exigent une description spéciale pour chaque variété.

Peu de temps après l'apparition d'une crevasse au niveau du mamelon, la malade se plaint de malaise, d'inappétence, de courbature; la peau est chaude, la langue chargée, les principales fonctions languissent, le sommeil devient pénible. Bientôt la station debout est impossible. La température monte à 40°. Du côté du sein, dans les degrés légers où il n'y a qu'une lymphangite, on voit partir de l'aréole des stries d'un rose tendre qui se réunissent pour former des rubans; elles disparaissent momentanément par la pression, et circonscrivent des îlots de peau saine. Par suite de leur fusion, les rubans se transforment fréquemment en véritables plaques angioleucitiques; dans ce cas à la tuméfaction inflammatoire s'ajoute un œdème local. La malade éprouve à cette période une sensation de chaleur âcre et mordicante, une douleur vive non lancinante qui se propage aux ganglions axillaires souvent tuméfiés. Tantôt l'affection se termine par résolution, et tous les symptômes diminuent insensiblement, tantôt les plaques prennent une teinte violacée, se ramollissent, suppurent.

Avec le phlegmon circonscrit sous-cutané, la tension, la rougeur, l'empatement, les douleurs augmentent, deviennent lancinantes. Au bout de huit ou dix jours la fluctuation est perceptible au centre de la plaque légèrement acuminée. Abandonnés à eux-mêmes les abcès superficiels évoluent lentement, s'ouvrent dans le deuxième septénaire; alors commence la période fistuleuse.

Le phlegmon rétro-mammaire simple se rencontre rarement, car la glande participe presque toujours à l'inflammation; aussi le gonflement de la région est-il beaucoup plus marqué que dans les cas précédents. Le sein soulevé, projeté en avant et latéralement, recouvre la collection qui occupe le tissu cellulaire très lâche placé en avant du grand pectoral. La fluctuation est surtout manifeste en bas.

En général le phlegmon circonscrit occupe le même côté que la gerçure du mamelon; les ganglions axillaires sont parfois douloureux avant l'apparition de la rougeur. Cette dernière fait défaut au début dans la mammite profonde; ce n'est qu'au bout du second septénaire que le tissu cellulaire s'empâte et qu'il est possible de percevoir la fluctuation. L'évolution du foyer diffère suivant les cas; l'inflammation peut s'étendre à d'autres lobes de la glande, le phlegmon circonscrit devient diffus; ailleurs le pus envahit le tissu cellulaire sous-cutané en donnant naissance à une double poche (*abcès en bissac* de VELPEAU); si le pus se porte profondément en arrière de la glande, la mammite parenchymateuse se complique d'un abcès rétro-mammaire. Enfin il n'est pas rare de constater la formation de foyers successifs indépendants les uns des autres qui prolongent notablement la durée de l'affection.

Il nous reste à parler d'une dernière variété clinique plus grave que les précédentes, la mammite diffuse qui intéresse à la fois la glande, le tissu cellulaire sous-cutané et sous-mammaire, c'est le phlegmon diffus de la région. Les

symptômes généraux acquièrent alors une gravité exceptionnelle; la mamelle très gonflée, uniformément dure, horriblement douloureuse, prend une coloration rouge violacé, diffuse. Au bout de peu de jours, l'induration fait place en certains points à des plaques rouge sombre, ramollies, brunâtres qui se sphacèlent si on ne les débride pas; il s'en écoule un liquide sanieux et bientôt du pus ichoreux mêlé aux débris gangrenés du tissu cellulaire et de la glande. DUPLAY rapporte qu'il retira par l'incision d'un de ces phlegmons « une masse solide résistante offrant les apparences de la glande mammaire disséquée ». En pareil cas toute la mamelle est infiltrée de pus; cette forme grave expose à des complications pulmonaires, à la perforation d'un espace intercostal, et à la pénétration du pus dans la plèvre.

Tous les abcès mammaires sont remarquables par leur évolution lente, leur multiplicité, le décollement des tissus sous-cutanés, leur tendance fistuleuse; la glande recouvre assez rarement ses fonctions, reste déformée, plus ou moins atrophiée. Les fistules laiteuses ou purulentes se guérissent difficilement, persistent pendant des mois ou des années; les trajets souvent sinueux correspondent à des clapiers profonds.

Diagnostic. — Seul le diagnostic de la variété peut présenter quelques difficultés, car la douleur, le gonflement anormal, les autres signes objectifs ne laissent aucun doute sur le siège réel de la lésion. A la lymphangite superficielle appartiennent les traînées roses, la douleur cuisante consécutive à une ulcération du mamelon; l'érysipèle offre une rougeur uniforme, un bord abrupt. Le phlegmon superficiel est facile à diagnostiquer, au moins au début, en raison de la rougeur, de la chaleur et de la tension de la peau; il en est de même des plaques violettes d'abord dures puis ramollies à leur centre. Un gonflement diffus de l'organe en quelque sorte soulevé et projeté en masse, en avant, avec empatement ou fluctuation à la base, sans rougeur de la peau, serviront à distinguer le phlegmon sous-mammaire. Quant à la mammite parenchymateuse elle se traduit par l'apparition de bosselures circonscrites, intraglandulaires, douloureuses, sans changement de couleur des téguments, toujours précédées par un engorgement de l'organe.

S'agit-il du phlegmon diffus, la maladie affecte des caractères spéciaux; l'intensité des symptômes généraux, la dureté de l'organe, la coloration violacée de toute la peau, les douleurs intenses pourront la faire reconnaître; d'ailleurs la marche ultérieure ne laisse aucun doute. Lorsque le phlegmon est déjà suppuré il devient parfois difficile de préciser son origine.

Traitement. — Les moyens prophylactiques, les soins du mamelon chez les nourrices ne doivent pas être négligés. Si l'inflammation se déclare, le chirurgien aura recours au traitement général et au traitement local; le repos au lit, un régime modéré, de légers purgatifs trouveront leur indication quand il y aura de la fièvre. A peine est-il besoin de traiter la question de l'allaitement avec le sein malade, parce que les douleurs provoquées par la succion sont intolérables. Cependant il y a plusieurs variétés de phlegmons compatibles avec l'allaitement; tels sont les abcès sous-mammaires et certains abcès circonscrits à développement lent; aussi voit-on de malheureuses femmes donner le sein à leur enfant jusqu'au jour de l'ouverture spontanée de ces collections. En

dehors de la nécessité et de la misère, il faut tenir compte du préjugé qui attribue les abcès mammaires à un engorgement laiteux; le sevrage est dans le peuple considéré comme contraire au traitement rationnel. Pour cette raison, qui n'est pas dénuée de fondement, on devra recourir à des moyens mécaniques afin de vider le sein engorgé si l'on veut atteindre le but.

Parmi les traitements locaux, les plus simples sont les meilleurs; personne n'emploie aujourd'hui les antiphlogistiques, les sangsues, les vésicatoires volants, inefficaces ou douloureux; c'est à la compression méthodique avec l'ouate et aux applications émollientes qu'on devra donner la préférence; les cataplasmes chauds conviennent surtout lorsque la mammite menace de passer à la suppuration. Que faut-il penser des topiques si universellement employés en pareil cas (pommades mercurielle, camphrée, belladonnée, ou à base de plomb)? Les uns calment les douleurs et méritent d'être conservés, les autres sont inutiles, malpropres; nous ne citerons que pour mémoire la malaxation du sein et son massage souvent plus nuisibles que profitables.

Lorsque la présence du pus est constatée, convient-il de lui donner issue? Cette question a été résolue différemment par les auteurs. Aujourd'hui les partisans de l'abstention et de l'ouverture spontanée des abcès sont devenus très rares. S'il est exact que les cicatrices soient quelquefois moins apparentes, d'un autre côté le débridement fait cesser promptement la douleur, prévient le sphacèle, les décollements, les fusées purulentes. Il est vrai qu'il expose à l'érysipèle et c'est une des raisons pour lesquelles GOSSELIN proscrit l'incision dans la pratique hospitalière, sans être d'ailleurs absolu, puisqu'il adopte les ponctions aspiratrices déjà conseillées par CHASSAIGNAC; la ponction est suivie de la compression par un bandage ouaté.

Avec la plupart des auteurs nous pensons qu'on doit au début chercher la résolution et s'adresser dans ce but à la compression. Si le phlegmon suppure, la conduite variera un peu suivant les circonstances. Tous les abcès superficiels et sous-mammaires doivent être ouverts, drainés et traités par la méthode antiseptique. Dans le cas de mammite parenchymateuse il ne faut pas se presser outre mesure, et mieux vaut attendre pour inciser que le pus soit devenu un peu superficiel. La ponction, le lavage antiseptique, le drainage suivis de la compression constitueront les meilleurs modes de traitement; l'ouverture avec les caustiques ne mérite pas d'être conservée; nous lui préférons le thermo-cautère.

La compression jointe aux injections irritantes seront utilement employées contre les fistules persistantes; mais ces moyens simples ne réussissent pas toujours, il a fallu dans certains cas débrider les orifices et même, d'après la méthode de BILLROTH, gratter les fongosités.

B. — MAMMITE NON PUERPÉRALE

Bibliographie. — LE DENTU, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1874. — KLEINWACHTER, *Centr. f. Gyn.*, 1877, p. 121. — FAU, *Th. de Paris*, 1878.