

c'est qu'il y a eu contamination périphérique au niveau du mamelon ou de l'extrémité des conduits galactophores.

Ces conclusions ont été battues en brèche par Charrin, qui, avec sa grande autorité, a déclaré à la Société de biologie que, chez des nourrices parfaitement saines, dont les enfants augmentaient régulièrement de poids, il avait rencontré le staphylocoque blanc dans des proportions considérables, un quart, un tiers, deux tiers et même davantage. Dans ses recherches, l'*albus* prédominait mélangé à de rares échantillons d'*aureus*, de *flavus*, de *citreus*, etc. La glande mammaire à l'état d'activité contiendrait donc assez souvent des agents pyogènes. « Il y a là un exemple de plus en faveur du microbisme latent. » Mais ce n'est point l'unique origine des germes infectieux; ils viennent aussi du dehors et le plus fréquemment, ils sont apportés soit par l'enfant, soit par la mère.

Le nourrisson peut infecter sa nourrice de plusieurs façons. Legry (1) a observé un abcès du sein chez une femme dont l'enfant était atteint d'ophtalmie purulente. Il a également rapporté l'histoire d'un enfant qui fut successivement atteint d'ophtalmie purulente droite et de parotidite du même côté; sa mère eut un abcès aux deux seins.

Arbel (2) cite dans sa thèse deux cas de mastite dont l'un semble imputable à des [petits abcès fessiers, l'autre à des abcès sous-épidermiques à staphylocoques, développés chez] deux nourrissons.

Mais c'est surtout la salive de l'enfant (3) qu'il faut incriminer; celle-ci est pyogène, le fait est indéniable. Il a été démontré expérimentalement. Les agents infectieux de la salive de l'enfant demeurent sans action sur un mamelon sain; mais, que ce mamelon s'ulcère, cette solution de continuité, même insignifiante, deviendra une porte d'entrée aux agents pyogènes. Or, la fréquence des lésions du mamelon chez les nourrices est considérable. Il suffit de rappeler que Courgey a trouvé, dans le service de Lorain, en 1877, que sur 589 nourrices, 526 en étaient atteintes, soit près des trois cinquièmes.

Cette proportion ne serait point toujours aussi forte, puisque la statistique de Deiss accuse 49,3 p. 100 de mastites développées sans qu'il y ait eu auparavant des gerçures. Ces gerçures reconnaissent

(1) LEGRY, *Progrès méd.*, 1887, p. 153.

(2) ARBEL, Contribution à l'étude de la galactophorite, thèse de Paris, 1890.

(3) Les altérations buccales des nouveau-nés ont été regardées comme causes prédisposantes des gerçures du sein par Rossi, Churchill et Jacquemier. Mais Varnier a fait remarquer avec raison qu'un grand nombre de nourrices sont atteintes d'ulcération du mamelon et cependant leurs nourrissons n'ont pas de stomatite aphteuse. De même, ajoute-t-il, sans nier absolument avec Billard, Bazin, Valleix, Blache, Guersant, Grisolle, la contagion directe du muguet de la bouche de l'enfant au sein de sa nourrice, admise par Gubler, ne peut-on à bon droit la considérer comme exceptionnelle. A l'hospice des Enfants Assistés, Parrot n'a constaté aucun cas bien net de contagion et Serin, sur plus de 1500 enfants atteints de muguet, n'en a pas vu un seul communiquer la maladie au sein de sa nourrice.

pour causes le traumatisme buccal de l'enfant, la mauvaise conformation et la non-accoutumance du mamelon (1).

Les efforts de succion se prolongent et « la surface du mamelon, continuellement imbibée de lait, mâchonnée par l'enfant, s'attendrit et se laisse excorier. L'altération ainsi produite devient un centre de colonisation pour les microorganismes venus de l'extérieur ou des parties profondes, d'autant que le lait est par lui-même un excellent milieu de culture ». En dehors des sources d'infection déjà signalées il ne faut point oublier que les mains ou les linges peuvent amener les microbes pathogènes au niveau du mamelon.

Les agents pathogènes sont divers. On a trouvé souvent les différentes variétés de staphylocoques, le streptocoque (Vignal); dans un cas, Sarfert (2) ne put isoler que du gonocoque (3).

En réalité, il en est du sein comme des autres glandes en libre communication avec l'air; l'agent pathogène peut venir soit de l'extérieur (mains de la mère, bouche de l'enfant, etc.), ou préexister dans la profondeur des conduits. Dans ces conditions, une cause occasionnelle quelquefois insignifiante, pourra exalter sa virulence et il pullulera. Ainsi s'explique l'influence des traumatismes, du froid, des gerçures, des lésions antérieures du sein, toutes causes mises jadis au premier rang des conditions étiologiques.

Dans l'immense majorité des cas, l'infection se fait par la voie canaliculaire; déposés à l'entrée des galactophores, les microbes gagnent de proche en proche les acini glandulaires, de telle façon que la lésion, qui est d'abord une galactophorite, devient bientôt une galactophoro-mastite.

« Est-ce à dire, dit Delbet, dont nous invoquons ici l'autorité, que les lymphatiques ne jouent jamais aucun rôle dans les inflammations du sein? En aucune façon. Les phlegmons superficiels d'origine lymphatique peuvent, bien qu'exceptionnellement, gagner les parties profondes; dans d'autres cas, les lymphatiques sont envahis avec les canaux galactophores simultanément ou secondairement: il se développe alors une mastite totale. »

Symptômes. — La mastite puerpérale est le plus souvent précédée de lésions du mamelon et de l'aréole (fissures, gerçures, cre-

(1) Ces lésions sont moins fréquentes chez les multipares que chez les primipares et chez les secondipares. Sur 100 nourrices atteintes de gerçures. Winckel a trouvé 85 primipares et secondipares et 15 multipares. D'après Varnier, cette loi de décroissance, niée par certains auteurs, est vraie et elle s'accuse bien plus encore si, au lieu de compter par accouchements, on compte par nourritures effectives.

(2) SARFERT a signalé la présence du gonocoque dans un cas de mastite développée chez une nourrice dont les sécrétions vaginales renfermaient le même microbe. Contribution à l'étude des mastites suppurées (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, Leipzig, 1893-94).

(3) CADDY, en 1893, dans le *Brit. med. Journ.*, a signalé un cas d'infection de la mamelle par le bacille de Löffler. D'après Williams, les aphtes de la bouche du nourrisson peuvent contagionner le mamelon de la nourrice.

vasses) ainsi qu'il résulte des statistiques ci-dessous rapportées.

Ces inflammations superficielles offrent différents aspects, mais elles ne représentent en fait que les degrés successifs d'une même lésion. Elles apparaissent généralement du deuxième au quatrième jour après la délivrance, c'est-à-dire au début de l'allaitement. Voici les statistiques de Winckel et de Gourgey :

D'après Winckel, sur 81 cas :	D'après Gourgey, sur 281 cas.
Le 2 ^e jour..... 19 fois.	1 ^{er} jour..... 1 fois.
Le 3 ^e — 16 —	2 ^e — 4 ^e —
Le 4 ^e — 28 —	3 ^e — 114 —
Le 5 ^e — 7 —	4 ^e — 75 —
Le 6 ^e — 9 —	5 ^e — 28 —
Le 7 ^e — 2 —	6 ^e — 12 —
	7 ^e — 7 —
	8 ^e — 3 —
	9 ^e — 1 —

Varnier (1) en a donné une bonne description. La lésion débute par l'exfoliation de l'épiderme mamelonnaire; puis vient l'érosion du derme et enfin l'excoriation, petite plaie n'intéressant tout d'abord que les couches superficielles du derme, siégeant ordinairement au sommet de l'organe et ayant les dimensions d'un grain de millet, d'une lentille. La surface ainsi dénudée est rouge, humide, fongueuse, saigne à chaque tétée et se recouvre dans l'intervalle de croûtes plus ou moins fendillées, qui se détachent pendant la succion.

Le mamelon peut être envahi totalement par suite du développement de cette excoriation : il revêt alors l'aspect d'une framboise.

Varnier a recueilli 300 observations de gerçures du sein parmi lesquelles il y eut 34 fois de l'angioleucite. Sur les 34 cas, celle-ci a débuté :

Le 2 ^e jour.....	1 fois.
— 3 ^e —	2 —
— 4 ^e —	13 —
— 5 ^e —	6 —
— 6 ^e —	6 —
— 7 ^e —	2 —
— 8 ^e —	1 —
— 9 ^e —	1 —

C'est donc du troisième au septième jour qu'apparaît le plus souvent la lymphangite.

En voici la symptomatologie, d'après Varnier : Brusquement, avec ou sans frissons, la température s'élève d'emblée à 39, 40 et 41°; la bouche est sèche, la soif vive, le pouls fréquent; des sueurs profuses se montrent; il y a de la tension douloureuse du côté du sein, qui apparaît bientôt sillonné de plaques de lymphangite.

(1) VARNIER, *Revue prat. d'obst. et d'hygiène de l'enfance*, 1891, p. 258.

Les ganglions axillaires deviennent durs et sensibles. En même temps, il y a lymphangite profonde; la glande est empâtée et douloureuse. Prise à temps, la lymphangite ne dure guère plus de vingt-quatre ou quarante-huit heures. Elle aboutit le plus souvent alors à la résolution. Négligée, elle devient le point de départ d'abcès. L'excoriation s'allonge sous forme de fente et prend alors le nom de *gerçures*, de *fissures* ou de *crevasses*, selon la profondeur atteinte.

Ces solutions de continuité, dont les dimensions varient de quelques millimètres à un centimètre, occupent soit le sommet du mamelon, où elles affectent un aspect radié, soit la base, où elles sont généralement semi-circulaires; sur l'aréole, elles ont une forme très irrégulière.

Ces lésions débutent habituellement par le sein gauche et y restent localisées, mais il n'est pas rare de voir les deux seins atteints simultanément. La bilatéralité a été rencontrée 230 fois sur 294 cas par Gourgey. Cet auteur a aussi recherché la fréquence des divers degrés des ulcérations mamelonnaires et il a trouvé que les simples érosions étaient beaucoup plus communes que les ulcérations graves. Cette proportion est encore bien moins élevée aujourd'hui. Au reste, les fissures convenablement traitées se cicatrisent au bout de quelques jours, surtout si l'on fait cesser l'allaitement; mais il peut arriver, au contraire, qu'elles se creusent davantage. Quelques complications, telles que la destruction partielle ou totale du mamelon (10 fois sur 526 nourrices, d'après Gourgey), les hémorragies répétées, l'ulcération des conduits galactophores, leur inflammation, etc., sont alors à craindre.

Si les lésions superficielles sont relativement assez bien supportées par les nourrices, il n'en est pas de même des crevasses qui déterminent des douleurs excessivement vives, surtout celles qui ont pour siège la base du mamelon et qui peuvent obliger à cesser l'allaitement (1). « Malgré tout son désir d'allaiter son enfant, dit Cazeaux, la femme voit arriver en tremblant le moment de lui donner le sein et instinctivement elle se recule à mesure que son enfant se rapproche. Les douleurs sont parfois si intolérables qu'on voit ces malheureuses mordre leur drap ou leur couverture pour ne pas crier. »

Si les ulcérations du mamelon marquent souvent le début de la mastite puerpérale, le fait n'est cependant pas constant. Il y a des mastites qui se produisent sans l'intermédiaire obligé d'une excoriation ou d'une crevasse.

Quoi qu'il en soit, il faut, avec Velpeau, distinguer le gonflement des seins qui se manifeste chez les nouvelles accouchées ou chez les nourrices, de l'inflammation proprement dite. « C'est un gonflement de toute la mamelle ou au moins de quelques lobules importants de

(1) Sur 294 nourrices atteintes de gerçures, Gourgey en a noté 32 qui durent, pour ce motif, cesser l'allaitement.

cette glande qui paraît boursouflée, imbibée à la manière d'une éponge : le sein est comme collé sur le thorax, endurci, criblé de bosselures. » La transition entre cet *engorgement laiteux* et l'inflammation est difficile à établir. Cependant pourrait-on dépister l'infection en examinant méthodiquement les femmes pendant leurs suites de couches. (Brindeau.)

La *mastite puerpérale* débute ordinairement vers le huitième ou le dixième jour après l'accouchement. Elle s'annonce par des malaises, des frissons et une élévation de température; le thermomètre marque 38°, 38°,5, 39°, il atteint quelquefois 39°,5, rarement un degré plus élevé. En même temps, la malade éprouve du côté du sein une chaleur brûlante ou une sensation de pesanteur que les mouvements de son bras ou les efforts de succion de l'enfant rendent particulièrement douloureuse. La mamelle se tuméfie et devient parfois asymétrique. La peau qui la recouvre est tendue, mais conserve sa coloration normale; tout au plus présente-t-elle à sa surface une teinte légèrement rosée. Les ganglions de l'aisselle ne sont pas engorgés.

A la palpation, qui est douloureuse, on trouve un ou plusieurs noyaux d'induration, d'autant plus sensibles qu'ils sont plus voisins du pourtour de la glande. Ces noyaux, entourés d'une zone d'empatement diffus, occupent de préférence la portion externe et inférieure de la glande. Ils forment une petite tumeur globuleuse qui n'adhère point à la peau, mais qui fait corps avec la mamelle. C'est là le début de l'abcès, dont le signe le plus caractéristique est la sortie du pus par les conduits galactophores. Chassaignac, qui le premier a fait cette remarque, faisait l'aspiration au moyen d'une ventouse. Budin, qui a repris l'étude de ce fait, le regarde comme la preuve clinique tangible de l'origine canaliculaire des abcès du sein. Il recommande le procédé suivant : « Le pouce et l'index sont appliqués sur le sein, à une certaine distance du mamelon, près de la circonférence de l'aréole. On appuie d'abord d'avant en arrière, de la surface vers les parties profondes; puis, tout en continuant à presser, on rapproche les doigts jusqu'à la base du mamelon et ce dernier est lui-même comprimé d'arrière en avant : s'il n'y a qu'une petite quantité de pus, on le voit sortir sous la forme de filament grisâtre, jaunâtre, qui, s'échappant par l'extrémité d'un canal galactophore, forme comme un petit ver plus ou moins isolé au milieu du liquide séreux qui s'écoule par les conduits voisins. Le liquide doit être recueilli sur un linge ou sur de la ouate; on voit alors le lait imbiber rapidement la toile ou le coton hydrophile, tandis que le pus reste à la surface. »

Le pus peut être plus abondant. On le voit alors s'échapper sous la pression des doigts : c'est ainsi que Budin a pu en recueillir la valeur d'une cuillerée à café, d'une et même de deux à trois cuillerées à soupe.

Marche et terminaisons. — Lorsque la suppuration n'est qu'intra-canaliculaire, la mastite puerpérale peut se terminer par résolution, surtout si l'on a soin d'imiter la pratique de Chassaignac ou de Budin, c'est-à-dire de faire l'expression du pus deux ou trois fois par jour. On voit le sein diminuer, la douleur s'atténuer, puis disparaître et la guérison se produire après deux ou trois jours.

Dans le cas contraire, le pus finit par se collecter, la douleur augmente, les signes généraux persistent et l'abcès devient fluctuant. La fluctuation est parfois aisée à sentir par les procédés ordinaires, mais, lorsque la collection est profondément située, elle est difficile à percevoir et doit être recherchée avec soin.

Voici plusieurs manières de la déceler. Delbet conseille de saisir le sein en totalité avec les deux mains, en plaçant les pouces d'un côté et les trois derniers doigts de chaque main de l'autre côté de la tuméfaction. Ainsi on immobilise la glande. Il suffit alors d'appliquer les deux index sur les deux extrémités de la tuméfaction, et l'un restant passif et attentif pendant que l'autre presse, on recueille la sensation de soulèvement.

Pour Le Fort, il faut enserrer autant que possible la glande dans la main gauche en plaçant le pouce sur un des côtés de la masse indurée et les pulpes des quatre autres doigts rapprochés sur le côté opposé. Les cinq doigts de la main gauche se tenant prêts à éprouver l'impulsion, un ou deux doigts de la droite pressent sur la partie culminante de la tuméfaction, et si du liquide est collecté dans son épaisseur, les doigts passifs de la gauche éprouvent un écartement caractéristique.

Castex (1), dans un cas douteux, a usé avec succès de la manœuvre suivante : « En comprimant le sein à pleine main gauche et, en se mettant à genoux pour que le regard fût tangent au centre de la partie pressée, on voyait ce centre s'acuminer quand la main serrait la glande et redescendre quand cessait l'effort des doigts. Le bistouri plongé dans cette partie centrale, à une certaine profondeur, donna issue à une petite quantité de pus. »

Parfois on ne rencontre que de la rénitence.

Il a été déjà dit qu'à la palpation on trouvait un ou plusieurs noyaux d'induration. C'est qu'en effet les abcès du sein sont souvent multiples; il arrive alors qu'ils apparaissent non pas d'emblée, mais successivement. Parfois la suppuration d'un lobe de la glande coïncide avec l'inflammation d'un lobe voisin. Abandonnés à eux-mêmes, ces abcès peuvent apparaître en grand nombre dans un même sein et se succéder à plusieurs jours, quelquefois même à une semaine ou deux d'intervalle.

Le pus une fois formé prendra des directions différentes :

(1) CASTEX, Congestions et inflammations de la mamelle (*Revue de chir.*, 1887, p. 556).

a. Il peut gagner la superficie de la glande, envahir la peau et la perforer; il s'écoule parfois mélangé avec du lait. Ce mode de terminaison est le plus fréquent et l'abcès guérit généralement.

b. S'il se produit en quantité considérable, il fuse, comme l'a montré Velpeau, dans la couche sous-cutanée. Il y a alors deux abcès, l'un profond, l'autre superficiel, dont l'orifice de communication tantôt unique, tantôt multiple est plus ou moins tortueux: c'est l'*abcès en bouton de chemise*.

c. Inversement, le pus développé primitivement dans un lobe profond, gagne les tissus sous-mammaires: c'est l'*abcès profond* ou *rétromammaire*, dont il sera parlé plus loin.

Certains abcès, primitivement indépendants, au lieu de se réunir en une seule poche à parois anfractueuses, se font jour par des orifices cutanés séparés. Ils peuvent s'ouvrir successivement; il faut en être prévenu. Si l'on en croit Nélaton, les caractères du pus sont un indice précieux de cette éventualité. « Si le chirurgien, dit-il, voit la sécrétion purulente changer de nature, devenir *sanguinolente*, il peut affirmer, sans craindre de se tromper, qu'il existe un abcès plus profond. »

Comme conséquences de cette succession d'abcès, il faut noter des fistules intarissables qui donnent à la mamelle l'aspect d'une pomme d'arrosoir. Ces fistules persistent longtemps et retardent la guérison. La glande peut ainsi être détruite, soit complètement, soit partiellement, et la sécrétion lactée est sinon abolie, du moins très diminuée. Du reste, après cicatrisation, le mamelon présente souvent une déformation qui rend difficile l'allaitement; enfin, si l'on ajoute foi à certaines statistiques, la mammite puerpérale deviendrait le point de départ de tumeurs malignes.

En dehors de ces complications, l'abcès du sein a de graves conséquences pour le nouveau-né. Le pus qui s'écoule avec le lait peut déterminer chez lui des infections primitives (gastro-entérites) ou secondaires (broncho-pneumonies, ostéomyélites, etc.). Au dire de Damourette (1) qui les a étudiées, ces affections seraient très fréquentes et fort graves, puisque, sur 27 observations qu'il rapporte, il y a eu 5 cas de mort.

Paramastites. — Les inflammations aiguës périmammaires ou paramastites comprennent :

1° Les *inflammations du mamelon et de l'aréole*; 2° les *inflammations du tissu cellulaire sous-cutané*; 3° les *inflammations sous-mammaires*.

1° INFLAMMATIONS DU MAMELON ET DE L'ARÉOLE. — On en distingue deux variétés. La première n'est que la conséquence d'une infection primitivement développée au niveau du mamelon ou de l'aréole: c'est la *lymphangite*. Chez les nourrices, elle a pour point de départ

(1) DAMOURETTE, Affections des nourrissons déterminées par la galactophorite de la nourrice, thèse de Paris, 1893.

les érosions, excoriations, fissures, gerçures ou crevasses qui ont déjà été étudiées. En dehors de la lactation, elle succède aux irritations de toutes sortes qui agissent sur le mamelon, au frottement des vêtements, à l'eczéma, à la gale, etc. Abandonnée à elle-même, elle se termine par résolution ou par suppuration. Dans ce cas, il se forme de petites collections globuleuses qui apparaissent à la surface du mamelon. Le pus est sans mélange de lait. Il est crémeux, épais et ne tend point à sortir par les orifices naturels qui s'observent à l'extérieur du mamelon (Chassaignac).

La seconde variété de ces inflammations porte sur les *glandes sébacées de cette région* ou sur les *petites glandes mammaires accessoires* situées à ce niveau. Les abcès auxquels elles donnent naissance ont été désignés par Velpeau sous le nom d'*abcès tubéreux*. Ils reconnaissent pour causes les ulcérations mamelonnaires, en dehors de la lactation. Velpeau cite le cas d'une jeune fille de dix-neuf ans qui eut un abcès de l'aréole à la suite d'un coup reçu en passant dans la rue. Ces abcès, dont le volume dépasse rarement celui d'une noix, apparaissent sous forme de bosselures douloureuses, lisses et tendues. De coloration bleuâtre, elles ne doivent point être confondues avec les replis ou les bourrelets consécutifs à un allaitement trop prolongé. Un bon moyen de constater la fluctuation, c'est, dit Velpeau, de comprimer la mamelle dans le sens d'un de ses grands diamètres, comme pour la rétrécir avec les doigts et le pouce d'une des mains, pendant qu'avec l'indicateur de l'autre main on presse d'avant en arrière. Si du pus existe réellement dans la tumeur, on la trouve dépressible, tendue à la manière d'une vessie, tandis que les bosselures voisines continuent à donner l'idée d'une éponge ou de quelque corps solide. Si ces petites collections ne sont pas ouvertes, elles finissent par se faire jour à l'extérieur en soulevant plus ou moins la peau. Ce décollement peut encore s'accroître par la réunion de plusieurs foyers en un seul, après destruction des cloisons intermédiaires. Malgré cela, l'affection ne présente aucune gravité.

2° INFLAMMATIONS DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ. — Velpeau avait divisé ces inflammations en deux classes :

a. Le *phlegmon sous-cutané circonscrit*, comprenant lui-même le phlegmon sous-cutané venant de l'extérieur et le phlegmon sous-cutané par maladies de la glande.

b. Le *phlegmon sous-cutané diffus*.

Pierre Delbet a rejeté avec raison le phlegmon sous-cutané diffus, parce qu'il ne se limite jamais au tissu cellulaire superficiel et qu'un tel début n'est point démontré.

Les causes de cette variété d'inflammation sont diverses :

En dehors de l'état puerpéral et de l'allaitement, l'affection se produit plutôt à la suite de coups, de chutes, d'irritations causées par

les frottements de la chemise ou du corset, d'altérations de la peau, etc.

Chassaignac en a distingué deux formes :

a. *Les phlegmons et abcès sous-cutanés angioleucitiques.* — Ils s'annoncent par les symptômes généraux (malaises, frissonnements, élévation de température, rapidité du pouls, etc.) et locaux, ordinaires à tout phlegmon ; mais de plus, ajoute Chassaignac, la rougeur du sein, au lieu d'être uniforme, est disséminée par plaques inégales, correspondant à des noyaux douloureux accompagnés d'un relief plus ou moins marqué à l'extérieur ; ou bien, on observe des stries ou traînées rougeâtres se portant du sein vers le creux axillaire. Presque toujours il y a engorgement des ganglions de l'aisselle.

b. *Les phlegmons et abcès sous-cutanés simples.* — « Ils débutent comme les précédents, puis on observe sur un point quelconque du sein, le plus souvent à la région inféro-externe, une saillie ou plutôt une sorte de boursofflement correspondant à la portion du sein la plus rouge et la plus douloureuse. »

Cette seconde variété diffère de la première par l'absence de traînées lymphatiques rougeâtres allant du sein vers le creux de l'aisselle.

Toutes deux se terminent soit par résolution, ce qui est rare, soit par suppuration, et alors, une tuméfaction apparaît qui soulève la peau. Elle est assez bien circonscrite, indépendante de la glande et ne tarde pas à se ramollir du centre à la périphérie. Les douleurs deviennent plus vives, la tuméfaction augmente, prend un aspect conoïde, la peau s'amincit, devient livide ou bleuâtre ; le pus est formé. Pour sentir aisément la fluctuation, il est bon de suivre la pratique de Velpeau qui consiste « à fixer la mamelle contre la poitrine avec la paume d'une des mains, pendant qu'avec l'autre et quelques doigts de la première, on explore la tumeur ; ou bien, on saisit le sein par les extrémités d'un de ses grands diamètres ; la mamelle étant bien appliquée sur le devant de la poitrine, si le foyer fait un relief, une saillie conique à l'extérieur, on peut être sûr qu'il est sous la peau et non sous la glande ».

Ces abcès siègent de préférence sur le côté externe et inférieur de la mamelle. Les femmes qui ont des seins volumineux et pendants y seraient particulièrement exposées.

Lorsque ces abcès sont abandonnés à eux-mêmes, le pus, ulcérant la peau, se fait jour au dehors, quelquefois avant la fin de la deuxième semaine ou seulement au bout d'un mois. La collection purulente peut fuser vers l'aisselle, l'épigastre, l'hypocondre ou envelopper la glande et gagner les régions sous-mammaires.

Il existe aussi une forme de phlegmon superficiel qui prend, dès le début, les caractères d'un phlegmon par diffusion. Cette forme, bien vue par Velpeau, a été désignée par Schroeder sous le nom d'*érysipèle phlegmoneux*. Elle est assez rare et semble intermédiaire entre le

phlegmon simple et le phlegmon diffus. Comme pour ce dernier, qui sera étudié plus loin, l'évolution est très rapide. La peau devient rouge et œdémateuse comme dans l'érysipèle et, au-dessous d'elle, le tissu cellulaire s'œdématie et ne tarde pas à devenir purulent. La collection s'étale plus ou moins sous la peau et la fluctuation apparaît. Ce sont là, dit Delbet, des espèces de formes mixtes, qui tiennent le milieu entre le phlegmon diffus, la lymphangite et l'érysipèle.

3° INFLAMMATIONS SOUS-MAMMAIRES. — (Synon. : postéro, rétro-mammaires, inframastites, phlegmons profonds, sous-adénoïdiens.)

Velpeau a divisé les phlegmons et abcès sous-mammaires en *phlegmons diffus* et *phlegmons circonscrits* ; Chassaignac y ajoute les *phlegmons postéro-mammaires hygromatiques*, qui naîtraient dans la bourse séreuse sous-mammaire qu'il a décrite. D'après cet auteur, il existerait entre la glande et le muscle grand pectoral un espace limité, lisse, offrant tout à fait l'aspect d'une cavité naturelle et tapissé par la bourse séreuse qui porte son nom. Cette bourse n'existerait pas normalement et elle se développerait accidentellement chez les femmes dont les mamelles sont volumineuses, soit par le fait de l'allaitement, soit par le fait d'une tumeur mammaire. Il reconnaît lui-même que ce phlegmon hygromatique offre les plus grandes analogies de symptômes avec le phlegmon sous-mammaire diffus ; il paraît donc inutile d'en faire une description à part.

Chassaignac reconnaît à ces phlegmons deux origines. La première est glandulaire ; elle est due à la propagation de l'inflammation née primitivement dans les lobes profonds de la glande. La seconde est consécutive à une affection des organes thoraciques (lésions des poumons, épanchements divers de la plèvre ou des parois thoraciques elles-mêmes, fractures de côtes, suppuration du péricondre d'un cartilage sterno-costal brisé).

Pierre Delbet a fait remarquer que tous les faits de cette seconde catégorie, si intéressants et si curieux qu'ils soient, manquent de précision. « Les côtes, et à plus forte raison la plèvre et les poumons, ne sont pas en rapport avec la glande mammaire. Il faut que les abcès venant des organes thoraciques traversent les plans musculaires pour arriver dans le tissu conjonctif rétro-mammaire. » Comment les traversent-ils ? La poche principale est-elle réellement sous-mammaire, n'est-elle pas plutôt sous-musculaire ? Sicard (1) a présenté tout récemment à la Société anatomique un cas d'abcès métapneumonique du poumon avec ostéo-chondrite sterno-costale gauche par propagation et phlegmon rétro-mammaire du même côté. Or, l'autopsie démontra que la collection purulente se trouvait sous le grand pectoral et avait respecté la glande mammaire ; le pus avait, en revanche, fusé dans la profondeur, en opérant de larges décollements.

(1) SICARD, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1897, p. 427.