

Certains auteurs, Lannelongue en particulier, ont également admis que des phlegmons pouvaient se développer primitivement dans le tissu cellulaire rétro-mammaire, soit comme localisation primitive d'une maladie infectieuse, soit comme infection secondaire d'un épanchement sanguin traumatique. Velpeau cite deux observations de phlegmon sous-mammaire survenu en dehors de l'état puerpéral et consécutif à une contusion. Dans l'un des cas, il s'agissait d'un coup de tête de cheval. Le foyer ouvert à la partie inféro-externe du sein donna issue à une grande quantité de pus. Mais ce sont là des raretés.

Le plus ordinairement les phlegmons rétro-mammaires ont pour origine l'inflammation des lobes profonds de la glande. Cliniquement ils ont été remarquablement étudiés par Velpeau et Chassaignac, et il n'y a qu'à reprendre leur description.

Le phlegmon diffus postéro-mammaire s'annonce par un gonflement énorme de la région du sein; la mamelle paraît détachée de la poitrine et repoussée en avant. Elle est lisse, chaude, hémisphérique, parcourue par de grosses veines; on a la sensation, quand on le comprime d'avant en arrière, que le sein repose sur une éponge (Velpeau).

Ces symptômes locaux s'accompagnent du cortège habituel de toute inflammation grave: élévation de la température, frissons, céphalalgie, etc. Les douleurs éprouvées par les malades sont sourdes, lancinantes, mais, contrairement à ce qui se passe pour les inflammations sous-cutanées, elles ne sont que faiblement accrues par la palpation.

Ces phlegmons ont une marche très rapide. Ils mettent de deux à cinq jours pour arriver à leur maximum d'intensité. Il y a même des cas où la région mammaire peut acquérir en quarante-huit heures le double de ses dimensions normales. L'affection se termine très rarement par résolution. La suppuration, qui est la règle, survient entre trois et six jours et s'accompagne d'un état général toujours sérieux. Voici alors ce que l'on constate: le sein est soulevé et tendu; il présente une rénitence particulière; il suffit parfois d'exercer une compression sur une partie limitée du pourtour de la glande pour refouler le pus et en déceler la présence sur un point opposé, mais la sensation de fluctuation est rarement nette, à cause du siège rétro-glandulaire de la collection et de la sensation de fausse fluctuation que donne le balancement de la glande sur le foyer purulent. Un autre signe d'une importance considérable, c'est l'existence d'un bourrelet oedémateux à la surface ou au pourtour de la mamelle.

Les phlegmons sous-mammaires sont graves.

Abandonnée à elle-même, la collection purulente se comporte de diverses façons. Velpeau a observé de ces abcès qui avaient évolué sourdement et qui étaient ensuite restés stationnaires des semaines

entières. D'ordinaire le pus tend à fuser vers l'abdomen, vers le cou, ou vers le creux axillaire. Plus rarement, dit Chassaignac, le pus, trouvant dans la glande une barrière insurmontable, agit sur les os et les cartilages ou bien éraïlle les muscles intercostaux et fait irruption dans la cavité pleurale ou dans le médiastin antérieur et amène un empyème par propagation. Mais la plupart de ces phlegmons tendent à se faire jour spontanément à la périphérie de la glande, sur son côté inférieur et externe. C'est là le lieu où le pus se fait jour le plus souvent. Enfin, d'après Velpeau, les fusées purulentes peuvent se frayer une route d'arrière en avant à travers le parenchyme et décoller le tissu cellulaire sous-cutané. Il existe alors deux cavités purulentes « communiquant l'une avec l'autre par un trajet ou plusieurs trous ordinairement assez étroits et le tout donne l'image complète d'un bouton de chemise ou d'un bissac ».

Lannelongue admet la communication des deux cavernes rétro-mammaire et sous-cutanée par un ou plusieurs tunnels intra-mammaires, mais il estime que ces abcès en bouton de chemise « ne s'observent que dans les cas où la glande est elle-même le point de départ de l'inflammation ». Celle-ci primitivement intra-glandulaire, gagne le tissu cellulaire infra et supra-mammaire. C'est une mastite compliquée d'une paramastite.

Le phlegmon circonscrit postéro-mammaire n'occupe qu'une partie limitée de la base de la mamelle; mais il se développe de préférence à sa partie inféro-externe. Le sein n'est point alors soulevé en totalité et dès que la suppuration est établie, la fluctuation est facile à percevoir. « Il peut arriver cependant que la collection circonscrite reste centrale et fasse proéminer le sein en avant; dans ces cas exceptionnels, il est presque impossible de reconnaître, à moins d'une ponction exploratrice, l'existence de la fluctuation. » (Chassaignac.) La collection purulente est rarement unique; à sa suite se forment généralement d'autres abcès.

Le pronostic des inflammations sous-mammaires est grave en raison des complications auxquelles il est exposé. Les lésions sont lentes à se réparer. Les accidents devront être prévenus par une intervention hâtive.

PHLEGMON DIFFUS (PANMASTITE). — Le phlegmon diffus de la région mammaire est rare et insuffisamment connu (1). « Il est difficile de

(1) Nocard a décrit une mammite gangreneuse qui atteint les brebis laitières et qui offre de grandes analogies avec le phlegmon diffus de la région mammaire.

La brebis peut être atteinte d'une mammite à forme gangreneuse qui évolue si rapidement que la mort survient le plus souvent en vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures. Les bergers la désignent sous le nom de mal de pis ou d'araignée. Lorsqu'elle n'est pas mortelle, l'oedème progresse plus lentement, puis s'arrête; mais tous les tissus infiltrés sont frappés de mort, se dessèchent et s'éliminent en laissant à nu de vastes plaies bourgeonnantes, longues à cicatriser.

Le lait charrie dès le premier jour, en quantité considérable, un microcoque extrê-

dire par où il commence, car il a l'air de frapper dès le début la glande dans sa totalité. » Ce qui caractérise cette variété d'inflammation, c'est la rapidité de son évolution. L'affection se développe de préférence chez les nourrices et les nouvelles accouchées. On l'observerait aussi à la suite d'érysipèles phlegmoneux, de lymphangites graves, chez des femmes placées dans de mauvaises conditions hygiéniques, chez des diabétiques, des albuminuriques (Peyrot). Elle pourrait aussi succéder à une suppuration des régions voisines (Velpeau); elle est en tout cas l'expression d'une infection très aiguë. Le début est marqué par des douleurs lancinantes et gravatives, par une sensation de violente constriction de la mamelle. En même temps, toute la région se tuméfie, la peau présente une rougeur diffuse, érysipélateuse ou violacée, elle se recouvre même de phlyctènes. Le sein est gonflé et « boursoufflé à la manière d'une éponge qui s'imbibe ». L'état général devient vite inquiétant, l'adynamie est intense. La suppuration apparaît rapidement : le sein se ramollit et tout le tissu cellulaire se sphacèle. « Ce qui caractérise le phlegmon diffus de la mamelle, dit Chassaignac, c'est qu'au lieu de s'étaler simplement en nappe, il s'établit d'emblée dans tout le tissu cellulaire sous-cutané de la mamelle, gagne aussi bien en profondeur qu'en largeur et la mortification des parties qui en résulte donne lieu à une véritable dissection de la mamelle. » La peau se laisse perforer en plusieurs points par le pus et par les orifices, s'éliminent des lambeaux de tissu cellulaire mortifié en même temps qu'un liquide sanieux, d'odeur infecte, mélangé de sang ou de lait.

Le phlegmon diffus de la mamelle est grave, surtout si l'on n'intervient pas énergiquement. Il peut se terminer par la mort ou dans le cas contraire s'accompagner d'une suppuration très longue qui expose la malade à des complications inflammatoires du côté des organes thoraciques. La guérison elle-même ne laisse après elle qu'une glande mammaire sclérosée et informe, peu propre à recouvrer ses fonctions physiologiques.

Diagnostic des inflammations aiguës de la région mammaire (1). — Il faut tout d'abord distinguer les mastites vraies des paramastites et établir ensuite les caractères qui différencient les diverses inflammations périmammaires.

Au début, cette distinction est facile; quand l'inflammation est franchement glandulaire ou périglandulaire, la mastite se présente sous la forme d'une petite tumeur globuleuse, mamelonnée, douloureuse à la pression, faisant corps avec la glande et sans adhérence aux

mement petit, comme cultivé à l'état de pureté. On le retrouve également, mais en quantité moindre, dans la sérosité de l'œdème; il n'existe pas dans le sang. Injecté dans les conduits galactophores, il reproduit les symptômes de la maladie. (*Ann. de l'Institut Pasteur*, n° 9, 1887.)

(1) La distinction entre l'engorgement laiteux et la mastite proprement dite a été établie au chapitre des symptômes.

téguments. La peau n'est pas rouge; elle a conservé son aspect normal; les ganglions ne sont pas engorgés. Dans la lymphangite, au contraire, la rougeur forme des plaques ou des trainées à bords déchiquetés qui se dirigent vers le creux de l'aisselle et se perdent dans les ganglions tuméfiés. Mais il est un signe encore plus caractéristique et dont la recherche ne doit jamais être négligée; il est dû à Chassaignac et a été remis en honneur par Budin. Si l'on exerce une pression méthodique sur la petite tumeur, on voit sourdre au niveau du mamelon du pus, ou du pus mélangé à du lait, si la glande est en lactation.

Plus tard, le diagnostic devient très embarrassant, soit qu'il y ait des abcès multiples, soit que l'inflammation ait gagné le tissu conjonctif superficiel ou profond.

Si l'on est appelé à ce moment, il faut s'enquérir avec soin des commémoratifs. La lenteur relative de la marche des accidents, l'absence d'altération de la peau, l'intumescence tardive des ganglions, enfin la présence d'une nodosité douloureuse et profonde, appartiennent à la mastite et d'ailleurs, dit S. Duplay, « on pourra presque toujours admettre, sans courir le risque de se tromper, que le point de départ de ces inflammations est la glande mammaire ». Au reste, lorsque la suppuration est bien établie, la collection revêt les caractères des abcès superficiels et profonds et l'origine importe peu. C'est d'une suppuration de la région mammaire qu'il s'agit. Quant aux diverses inflammations mammaires proprement dites, les conditions de leur développement et leurs caractères particuliers ont été suffisamment exposés pour qu'il nous paraisse inutile de les rappeler ici.

Traitement des inflammations mammaires aiguës. — Le mamelon est presque toujours le point de départ des inflammations mammaires; aussi est-ce sur cet organe que devront se concentrer tous les efforts destinés à les prévenir. « Préserver la région du mamelon et de l'aréole de l'invasion des microorganismes, détruire ceux-ci sur place ou enrayer leur développement s'ils sont arrivés jusqu'au mamelon, tel devra être l'objet des préoccupations de l'accoucheur pendant la grossesse. » (Tarnier.) C'est ce qui constitue le traitement prophylactique et le traitement abortif. Mais il y a aussi le traitement chirurgical, auquel on aura recours dès que le pus sera collecté.

1° **TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE.** — Le traitement prophylactique comprend les soins à donner aux mamelles pendant la grossesse, le travail et l'allaitement.

Pendant la grossesse, il faudra s'assurer de l'état du mamelon. Persuadés que la non-accoutumance et la mauvaise conformation du mamelon étaient la cause principale des abcès du sein, certains auteurs ont préconisé toute une série de pratiques pour remédier à cet état de choses : les titillations, la compression collodionnée de l'aréole, les succions répétées, les pressions digitales, etc. Tous ces

moyens, sauf peut-être les derniers, sont peu recommandables; quelques-uns même sont fort dangereux. Les lotions astringentes, alcooliques (parties égales d'eau bouillie et d'alcool à 90°), auraient, d'après Varnier, la réputation d'affermir l'épiderme.

Tarnier recommande de laver fréquemment les mamelons avec une solution antiseptique (solution chaude de sublimé à 0^{sr},40 p. 1000) deux fois par jour. S'il y a la moindre ulcération, ces lavages doivent être suivis d'un pansement occlusif. L'eczéma chronique de cette région ne doit pas être non plus négligé.

C'est chez les nouvelles accouchées que les moyens prophylactiques acquièrent toute leur importance. On ne doit point oublier que l'apport à la surface du mamelon des germes infectieux provient de plusieurs sources: des mains, des linges et des bouts de sein ou tétérelles, de la bouche ou des yeux de l'enfant. Il faudra donc faire une asepsie rigoureuse (nettoyage irréprochable des mains, propreté parfaite des linges, désinfection des bouts de sein par l'ébullition prolongée et conservation dans l'eau boriquée). Si le nourrisson est atteint d'ophtalmie, on devra, avant de mettre l'enfant au sein, lui laver avec soin les yeux et les recouvrir d'une compresse qui empêchera le pus de couler sur ses joues et de là sur le mamelon.

Pour arriver plus sûrement à aseptiser le mamelon et l'aréole, Tarnier fait placer sur les seins de chaque nouvelle accouchée un pansement humide composé d'une compresse imbibée de sublimé à 0,20 p. 1000 et recouverte d'un large morceau de taffetas gommé, le tout maintenu par un bandage de corps en tarlatane. A chaque tétée, le pansement est renouvelé. S'il se produit de l'hydrargyrie, on supprime le sublimé, on lave le sein avec de l'eau bouillie ou légèrement salée, puis on le recouvre de compresses boriquées.

C'est aussi le pansement boriqué humide que Pinard a préconisé, depuis 1883, lorsqu'il existe des gerçures. On le refait à chaque tétée, jusqu'à la guérison qui ne se fait guère attendre plus de trois semaines. Les douleurs dont s'accompagnent les crevasses peuvent, lorsqu'elles deviennent excessives, donner lieu à des indications spéciales. En pratique, la cessation de l'allaitement, en supprimant les traumatismes de la succion, amène rapidement la guérison; mais bien des mères ne peuvent se résoudre à ce sacrifice, et pour atténuer leurs douleurs, « les médecins de tous les temps se sont ingénies à trouver un traitement curatif des gerçures ».

Les traitements proposés sont innombrables. Cinq minutes avant la tétée, Tarnier fait badigeonner les crevasses avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 p. 20; ils les recouvre ensuite d'un petit disque de coton aseptique imbibé de la même solution. Au moment où l'enfant va prendre le sein, le mamelon est abondamment lavé à l'eau stérilisée afin d'éviter l'intoxication. Si les douleurs persistent malgré l'emploi des pansements boriqués et des badigeonnages cocaï-

nés, on empêchera tout contact entre l'ulcération et la bouche de l'enfant au moyen de bouts de sein artificiels.

2° TRAITEMENT ABORTIF. — L'inflammation des lymphatiques ou des conduits galactophores, même lorsqu'elle est bien établie, peut encore être jugulée. Le meilleur moyen, dit Varnier, est de mettre le sein malade au repos absolu, de le recouvrir d'un pansement boriqué et de l'immobiliser avec le bandage ouaté compressif de Gosselin. Ce bandage doit être laissé en place pendant quarante-huit heures, après quoi tout rentre dans l'ordre, lorsque la compression a réussi. Dans le cas contraire, les douleurs persistent ou deviennent lancinantes, la fièvre augmente, la tuméfaction s'accroît, le pus se forme. Même dans ce cas, la marche de l'affection peut encore être enrayée, à condition que la suppuration soit intracanaliculaire. Il faut alors abandonner la compression et suivre la pratique de Budin, imitée de Chassaignac.

La voici résumée d'après la thèse d'Arbel.

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; un mélange de pus et de lait s'écoule au dehors, mais il faut, pour obtenir un résultat, que la totalité du pus soit évacuée. Parfois il est même utile de faire l'expression du sein deux fois par jour. On lave ensuite le mamelon à l'eau boriquée et l'on applique sur le sein relevé un bandage compressif (1). Ce pansement a en outre l'avantage d'empêcher la mère d'allaiter du côté atteint. *Le nouveau-né, en effet, ne doit, sous aucun prétexte, têter le sein malade, afin d'éviter d'être infecté* (2).

Le traitement doit être continué jusqu'à ce que la petite collection purulente soit tarie, c'est-à-dire pendant deux ou trois jours environ. Budin a obtenu ainsi 8 succès sur 9 cas.

3° TRAITEMENT CURATIF. — Quand l'abcès est formé, il faut l'ouvrir et évacuer le pus. La temporisation, préconisée par Gosselin, n'est plus de mise aujourd'hui que la méthode antiseptique triomphe de l'érysipèle et des complications post-opératoires jadis si redoutées. Il faut ouvrir de bonne heure au pus « la porte de sortie », si l'on veut éviter toute la série des accidents imputables à la temporisation excessive

(1) Chassaignac faisait l'aspiration du pus au moyen d'une ventouse appliquée sur le mamelon.

Legroux a proposé également l'usage d'une ventouse surmontée d'un ajutage qui permet, grâce à une petite pompe aspirante, de faire jaillir le pus. L'opération serait, au dire de son auteur, moins douloureuse. (Voir thèse de Mendailles. Paris 1895, p. 41).

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

(productions de décollements étendus et de fusées purulentes, fistules et souffrances indéfinies des malades, escarres de la peau, etc.). Toutefois, d'abondantes pulvérisations antiseptiques seront, telles que les a recommandées Verneuil, employées avec avantage pendant la formation du pus. Mais, on ne saurait trop le répéter, il faut agir pour les abcès du sein comme pour les abcès des régions. Le danger n'est point d'ouvrir, disent Forgue et Reclus, mais de n'ouvrir point assez. Aussi bien ne faut-il pas perdre de vue que les abcès de la glande mammaire sont ordinairement multiloculaires et qu'ils communiquent souvent avec d'autres clapiers soit glandulaires, soit rétro-glandulaires par des trajets plus ou moins étroits.

Cette disposition anatomique particulière doit faire rejeter les petites incisions proposées par Chassaignac; de même les ponctions aspiratrices suivies ou non d'injections. Par ces moyens, l'évacuation du pus est insuffisante et sa stagnation dans les clapiers diverticulaires entretient des fistules rebelles. Mais, s'il est indiqué d'avoir recours aux incisions larges pour assurer le libre écoulement du pus et amener la guérison, il importe aussi de ne pas oublier que l'incision doit intéresser économiquement les canaux galactophores. Le drainage rendra les plus grands services, en permettant d'éviter les larges débridements (Duplay).

Dans les cas ordinaires, après les précautions antiseptiques d'usage, l'incision sera faite au point le plus déclive. Elle sera radiée, c'est-à-dire pratiquée suivant une ligne partant de l'aréole pour se diriger vers la circonférence de la mamelle; elle sera suivie d'un bon drainage et d'un pansement immobilisateur. Parfois, une « contre-ouverture diamétrale et une anse de drain transcurrente » sont utiles pour assurer l'évacuation continue de ces abcès (Forgue et Reclus). En 1894, Giuseppe Guerra a insisté dans sa thèse sur cette question du drainage. Dans les cas rapportés par cet auteur et observés dans le service de Vauchez, la guérison complète a été obtenue en trois ou quatre semaines.

C'est la limitation et le tarissement de la suppuration qui doivent être le but à atteindre; il suffit qu'un diverticule soit oublié ou méconnu pour qu'un nouvel abcès apparaisse. En 1893, un chirurgien américain, Weber (1), a conseillé la technique suivante. On pratique autant d'incisions radiées qu'il y a d'abcès et quand le ou les foyers sont largement ouverts, on enlève à la curette tranchante tous les tissus nécrosés. On bourre ensuite toutes les cavités de lanières de gaze stérilisée. Le second pansement est refait au bout de trente-six heures, le troisième, vingt-quatre heures après. Les lanières sont alors supprimées et l'on panse à plat, en ayant soin de maintenir le sein relevé. La guérison est complète du huitième au dixième jour.

(1) WEBER, Guérison prompte et radicale des abcès du sein. Nouveau procédé (*American Journ. of Obstetr.* New-York, 1893, vol. XXVII).

D'après Weber, les abcès du sein ainsi traités ne s'accompagneraient d'aucune induration et ne laisseraient d'autres traces que les cicatrices cutanées. Or, au point de vue esthétique, ces cicatrices prennent à la région mammaire une importance particulière et l'on doit s'efforcer d'en atténuer l'étendue et le nombre.

Ce traitement permet d'éviter une seconde complication qui accompagne de préférence les abcès profonds de la glande: ce sont les fistules purulentes rebelles. Elles peuvent à leur tour devenir le point de départ d'érythème et de lymphangite.

Tout récemment, Mendailles a préconisé une méthode, due à son maître Felizet, qui permet « d'obtenir une guérison sûre et relativement rapide des abcès du sein ».

En voici la technique résumée :

La malade est chloroformisée. En admettant que l'abcès siège à la partie inféro-externe de la région mammaire, l'opérateur, armé d'un thermocautère, peut aborder la collection purulente de deux façons, soit en traçant une incision dans le pli sous-mammaire ou sur une ligne parallèle à ce pli située à 1 ou 2 centimètres au-dessus (car la mamelle malade est fortement tendue et plus relevée qu'à l'état normal); soit en faisant d'abord une ouverture profonde sur la partie fluctuante. Dans le premier cas, le sein est peu à peu décollé de la paroi thoracique et le pus ne tarde pas à s'écouler; dans le second, une sonde cannelée est introduite par l'orifice et, sur elle, la peau est sectionnée au thermocautère selon une direction curviligne à convexité inférieure. Le pus évacué, le doigt et le thermocautère détruisent les diverticules et les anfractuosités; la cavité est ensuite détergée, lavée au sublimé et touchée au chlorure de zinc. Puis elle est séchée et flambée. Il faut, pour réussir, prendre les précautions suivantes: la plaie doit être parfaitement sèche; le flambage, fait au chalumeau, doit porter sur toutes les parois et être continué jusqu'au moment où toute la cavité est noire: une à deux minutes suffisent. La plaie est ensuite saupoudrée d'iodoforme et bourrée de mèches de gaze iodoformée. Ce flambage a pour avantages d'aseptiser les parois de la cavité, et de tarir rapidement la suppuration. Le pansement n'est enlevé qu'au bout d'une douzaine de jours et la guérison a lieu en un mois et demi. La cicatrice est régulière, curviligne, située à la partie inférieure du sein et très peu visible. Enfin, toutes les opérées de Felizet ont pu de nouveau allaiter des deux seins.

La technique proposée récemment par Marmaduke Sheild (1), à la Société de médecine de Londres, n'est qu'une modification de ce procédé. Elle est à conseiller dans les abcès dits en bouton de chemise. Une incision juste suffisante pour livrer passage au doigt est pratiquée près du mamelon. Par cette ouverture, l'index va à la recherche

(1) MARMADUKE SHEILD, *London med. Soc.*, avril 1896.

du pus et arrive jusqu'au sillon thoraco-mammaire où une contre-ouverture est pratiquée. Après nettoyage soigneux de la cavité purulente et introduction d'un gros drain par l'orifice inférieur, l'incision supérieure est suturée. Elle guérit rapidement et la seconde cicatrice se trouve dissimulée sous la mamelle.

Il est une autre méthode qui « doit être réservée aux cas où la maladie a produit des délabrements étendus et particulièrement à ceux où il existe des fistules multiples et intarissables ». Elle est due à Jules Bœckel. La voici telle que ce chirurgien l'a communiquée à Pierre Delbet. Une incision elliptique circonscrit les fistules, s'il y a lieu, ou bien la partie saillante du phlegmon s'il n'est pas ouvert, en respectant le mamelon si c'est possible. Après dissection rapide des deux lèvres de la plaie, on extirpe avec les pinces et le bistouri toutes les parties malades, en allant au besoin jusque sur les côtes. On désinfecte au sublimé et l'on réunit la plaie par des sutures profondes alternant avec des sutures superficielles sans drainage. Un pansement ouato-iodoformé est laissé huit jours en place. Sur 6 cas opérés ainsi, J. Bœckel a obtenu 6 guérisons par première intention.

Les fistules purulentes consécutives aux mastites ont tendance à devenir chroniques et doivent être traitées énergiquement. Au début, la compression, les injections modificatrices, les cautérisations répétées ont rendu des services ; si, malgré tous ces moyens, la cicatrisation tardait à se faire, il y aurait avantage à extirper largement les trajets fistuleux.

Chez une femme de vingt-quatre ans atteinte de mastite double suppurée et fistuleuse, dont l'état général était devenu très sérieux, Chavannaz (de Bordeaux), après avoir fendu le sein transversalement, a cureté et cautérisé chaque foyer ; il a ensuite suturé les deux moitiés de la mamelle et drainé. La guérison a eu lieu au bout d'un mois et demi.

II. — INFLAMMATIONS CHRONIQUES.

Velpeau est le premier qui ait tenté une classification des maladies chroniques du sein de nature bénigne ; on les décrivait avant lui sous le titre général de : *Tumeurs*. Il comprend dans ce groupe les hypertrophies, les intumescences chroniques, et toutes les tumeurs qui, abandonnées à elles-mêmes, ne sont point exposées à la dégénérescence cancéreuse. Il les désigne sous le nom d'*adénoïdes*. Depuis, les auteurs classiques ont peu modifié ce cadre nosologique et ils ont à peine parlé des « indurations et abcès chroniques » de la mamelle.

Il faut arriver au travail de Pierre Delbet (1) pour trouver, tracée de main de maître, une étude des inflammations chroniques du sein.

(1) PIERRE DELBET, *Traité de chir. de Duplay et Reclus*, t. VI, 1892.

Mettant de côté la tuberculose et la syphilis, cet auteur a divisé ces inflammations en deux grandes classes : les mastites chroniques partielles et les mastites chroniques diffuses ou totales, selon que l'inflammation porte sur un ou plusieurs segments de la glande, ou même sur sa totalité.

Ce qui faisait le plus défaut à l'ancienne description, c'étaient les examens anatomiques macroscopiques et microscopiques et les recherches bactériologiques. Delbet lui-même l'a reconnu le premier. Cependant, malgré cette base anatomique insuffisante, il avait déjà émis quelques conclusions qui devaient recevoir dans la suite la consécration scientifique. C'est en nous inspirant des idées de notre maître, dont les conceptions ont éclairé d'une vive lumière la question si obscure des inflammations glandulaires, que nous aborderons, à notre tour, l'étude des inflammations chroniques de la mamelle.

Il est utile d'exposer d'abord, dans un tableau d'ensemble, ce qu'on sait de l'histoire de ces inflammations, qui présentent un si grand intérêt au double point de vue anatomo-pathologique et clinique.

La connaissance du processus pathologique des inflammations chroniques du sein repose sur trois ordres de faits :

- 1° L'examen direct des préparations microscopiques ;
- 2° Les recherches bactériologiques ;
- 3° La comparaison avec les processus pathologiques des organes de même ordre.

D'un certain nombre d'examen histologiques bien faits, il résulte que les lésions portent sur les lobules glandulaires et sur les canaux excréteurs.

Au niveau des lobules, il y a d'abord néoformation ; les acini ont à peu près le volume qu'ils acquièrent pendant la lactation. Sur les coupes, on constate que l'épithélium glandulaire et le tissu conjonctif périacineux sont le siège d'une prolifération dont l'activité est essentiellement variable. Tantôt c'est la production épithéliale, tantôt c'est la production conjonctive qui l'emporte. Voici quelques passages d'une observation qui peut servir de type à cette description ; elle a été présentée à la Société anatomique par Delbet. Dans l'intérieur du lobule, le tissu conjonctif est disposé tout autour des acini ; il forme une série d'anneaux régulièrement concentriques qui encerclent chaque acinus : c'est du tissu fibreux, mais il est très chargé de cellules embryonnaires, surtout dans les parties les plus rapprochées des éléments glandulaires. L'épithélium a manifestement proliféré ; il y a comme une lutte entre l'épithélium et le tissu conjonctif. Ici, c'est la production épithéliale qui l'emporte : le cul-de-sac glandulaire se distend et forme un kyste microscopique ; là, au contraire, c'est la prolifération conjonctive, et les éléments épithéliaux sont plus ou moins étouffés. Au milieu des zones fibreuses concentriques, on ne trouve plus que quelques cellules épithéliales