

précautions, car l'éloignement du plan résistant profond et la mobilité de l'organe peuvent tromper. Il y a plusieurs moyens de se mettre à l'abri de ces causes d'erreur et il faut les connaître tous pour les utiliser dans les cas difficiles. J'y reviendrai à l'occasion des mastites vraies où les difficultés sont plus considérables. Dans les cas simples, et les abcès superficiels sont du nombre, le meilleur procédé est le suivant. On saisit 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; en la comprimant on en fait un point d'appui solide; en outre, on tend la région qu'on doit explorer, et l'on conserve les deux index libres pour cette exploration. Il suffit alors de les appliquer 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 comme partout ailleurs.

Lorsque la collection s'est acuminée et est devenue tout à fait superficielle, on peut saisir avec une main toute la région malade, et avec un ou deux doigts de l'autre main déprimer le point culminant. Si le pus est collecté, on trouve la tumeur dépressible, tandis que si le pus n'est pas formé ou n'est pas collecté, on a « la sensation d'une éponge ou d'un corps solide plus ou moins résistant ».

Si l'on abandonne l'affection à elle-même, le pus ne tarde pas à se faire jour au dehors. La tumeur s'acumine davantage, les téguments s'amincissent, prennent une couleur livide, et, au bout de douze à quinze jours, finissent par se perforer.

Mais il faut savoir qu'il n'en est pas toujours ainsi. Au lieu de se faire jour, le phlegmon peut s'étendre en nappe et, décollant la peau, faire presque tout le tour du sein. Il existe même une forme de phlegmon superficiel où l'extension en surface se fait dès le début. C'est une forme assez rare que Schröder a décrite sous le nom d'érysipèle phlegmoneux et que Velpeau avait déjà parfaitement observée. Ce phlegmon prend son origine au niveau des fissures et crevasses. Il se développe avec une extrême rapidité et s'accompagne, comme l'érysipèle, d'une rougeur intense avec infiltration de la peau, qui en un ou deux jours couvre toute la surface du sein. Sous cette peau rouge et tuméfiée on sent comme un empatement, une masse œdémateuse, spongieuse, à contours diffus, qui se ramollit rapidement. La fluctuation paraît, il s'est formé un vaste abcès dans le pus duquel on trouve des streptocoques. Ce sont là des espèces de formes mixtes, qui tiennent le milieu entre le phlegmon diffus, la lymphangite et l'érysipèle, qui ont été observées et étudiées autrefois dans toutes les régions et qui s'expliquent très facilement depuis qu'on sait que le micro-organisme qui engendre l'érysipèle n'est qu'une modalité du streptocoque pyogène.

Enfin, il faut ajouter que les phlegmons sous-cutanés de la mamelle peuvent dépasser les limites de l'organe, fuser vers l'aisselle et même quelquefois, dit Chassaignac, vers l'hypochondre et l'épigastre. Mais ils restent toujours sous-cutanés. Il n'est pas démontré qu'ils puissent contourner la glande pour envahir le tissu cellulaire situé en arrière d'elle. Dans les cas de ce genre qui ont été décrits, il s'agissait très probablement de phlegmons glandulaires s'étant fait jour à la fois en avant et en arrière de la glande.

En général, le diagnostic des phlegmons superficiels est facile. Il faut d'abord constater l'existence du phlegmon et ensuite le distinguer des phlegmons profonds. Reconnaître l'abcès est d'ordinaire chose simple; ces abcès superficiels sont évidents. C'est seulement en cas d'érysipèle qu'il faut les chercher. Lorsque la peau est tuméfiée par un érysipèle, les collections purulentes qui se déve-

loppent au-dessous d'elle sont en partie masquées et peuvent passer inaperçues. Dans les autres cas, l'attention est forcément attirée par la tumeur, la chaleur, la rougeur. Distinguer ces abcès des abcès glandulaires est parfois difficile, car ces derniers peuvent occuper des lobes superficiels de la glande. Je reviendrai sur les signes qui permettent de faire le diagnostic après avoir étudié les mastites vraies.

B. — PHLEGMONS ET ABCÈS SOUS-MAMMAIRES

Les phlegmons *sous, postéro, rétro-mammaires, sous-adénoïdiens, phlegmons profonds, inframastites* sont divisés par Velpeau en idiopathiques et symptomatiques. Chassaignac les divise en phlegmons diffus, phlegmons circonscrits et phlegmons hygromatiques. Les formes diffuses seraient, d'après lui, toujours consécutives aux phlegmasies de la mamelle ou des parois thoraciques. Les deux autres formes, circonscrites et hygromatiques, seraient primitives. Mais il est aisé de voir que les observations qu'il donne de phlegmons postéro-mammaires circonscrits ne visent que des phlegmons glandulaires ayant frappé des lobes profonds de la glande. Que dire des phlegmons hygromatiques? On sait que Chassaignac a décrit ⁽¹⁾ une bourse séreuse située en arrière de la mamelle, entre celle-ci et la paroi thoracique. Il convient lui-même que cette bourse n'existe pas à l'état normal, mais il ajoute qu'« elle se produit accidentellement sous l'influence de causes analogues à celles qui déterminent la formation des bourses séreuses accidentelles dans les autres parties du corps »; et, au nombre de ces causes, il range « l'état de puerpéralité et particulièrement la lactation, qui amène un développement plus ou moins considérable du sein ⁽²⁾ ». On rencontre quelquefois cette bourse séreuse à divers degrés de développement, mais son existence est exceptionnelle. Je ne crois pas que l'augmentation de volume due à la lactation suffise à la produire. Chez deux femmes mortes en pleine lactation, je ne l'ai pas trouvée. Quant aux abcès primitivement développés dans cette bourse séreuse ou dans le tissu cellulaire lâche qui tient sa place, je n'en connais pas de cas nettement observé. Tout au plus pourrait-on admettre avec Lannelongue ⁽³⁾ que les abcès sous-mammaires se développent à la suite de maladies générales, ou encore qu'ils résultent de l'infection secondaire d'ecchymoses ou de bosses sanguines d'origine traumatique. En tous cas, les abcès primitifs de cette région sont, s'ils existent, de véritables raretés. Ce qu'on observe habituellement, c'est une propagation de l'inflammation primitivement développée dans un des lobes profonds de la glande. Ces abcès, trop éloignés de la peau pour se faire facilement jour de son côté, se développent en arrière, et, trouvant là un tissu cellulaire lâche et séreux, ils s'y étendent rapidement, formant de véritables phlegmons par diffusion. Aussi, bien qu'ils ne soient pas primitifs, ils n'en méritent pas moins d'être décrits, car ils constituent une forme clinique très spéciale.

A côté de ces phlegmons sous-mammaires ayant pour origine les inflammations de la glande, il en est d'autres qui sont consécutifs aux altérations de la paroi thoracique. Velpeau en a vu un « déterminé par l'inflammation et la sup-

⁽¹⁾ CHASSAIGNAC, Société de chirurgie, 1^{er} juin 1853.

⁽²⁾ CHASSAIGNAC, *Traité de la suppuration*, t. II, p. 505.

⁽³⁾ LANNELONGUE, *Now. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXI, p. 531.

puration du péri-chondre d'un cartilage sterno-costal brisé⁽¹⁾ ». Chez une foule d'autres malades, dit-il, l'abcès avait pour cause une altération ancienne des côtes sous-jacentes. « La phtisie pulmonaire en est une source qu'il importe de ne point oublier et dont j'ai vu de nombreux exemples », et il parle d'un abcès qui communiquait avec les bronches.

Les phlegmons sous-mammaires pourraient donc résulter des lésions des parois thoraciques, particulièrement du squelette de ces parois, et de lésions pleurales ou pulmonaires. Tous ces faits sont très intéressants, fort curieux, mais, au point de vue anatomique, ils manquent de précision et sont insuffisamment connus. Les côtes, et à plus forte raison la plèvre et les poumons, ne sont pas en rapport direct avec la glande mammaire. Tous ces organes en sont séparés par des plans musculaires, grand et petit pectoral, grand dentelé, grand oblique. Il faut donc que les abcès venant de ces organes traversent ces 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 souvent sous-musculaire? Les observations ne le disent pas suffisamment⁽²⁾. Les abcès sous-mammaires d'origine costale ou pleuro-pulmonaire sont donc insuffisamment connus. Ce sont, en tout cas, des abcès froids. Je m'occuperai

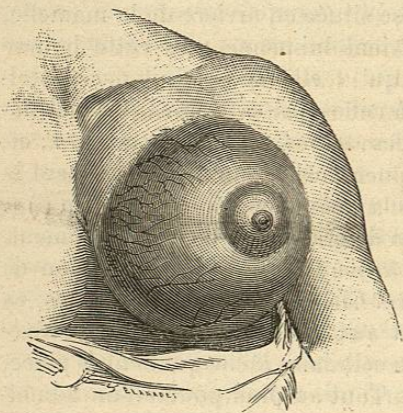


Fig. 157. — Abscès sous-mammaire. (Bryant.)

surtout ici des abcès aigus ayant leur origine dans la glande mammaire. Lorsque l'inflammation envahit le tissu cellulaire lâche situé sous la mamelle, elle s'y étend rapidement. La rapidité de la marche est un caractère de ce phlegmon. En quelques jours, il se développe un gonflement général de toute la région. Le sein est soulevé en masse, projeté en avant sans altération de sa forme propre. La peau est chaude, mais elle n'est pas rouge, elle est seulement sillonnée de traînées bleuâtres formées par les veines superficielles distendues. Bientôt la circonférence de la base de la mamelle s'entoure d'un bourrelet d'œdème. C'est une preuve que la suppuration s'est produite, il faut rechercher la fluctuation. Toute la glande est soulevée par le pus, elle nage sur le pus, suivant l'expression de Bumm⁽³⁾. Si l'on cherche à la refouler en arrière, on éprouve une résistance élastique : on dirait, suivant la comparaison de Velpeau, que la mamelle repose sur une éponge. Ces signes ont une grande valeur, mais la fluctuation elle-même est difficile à sentir. Si l'on cherche à la percevoir directement, suivant la méthode ordinaire, avec deux doigts appliqués sur la mamelle, on ne recueille que des sensations obtuses. Les doigts sont en effet séparés de la collection par l'épaisseur de la glande, et d'autre part toute la masse de cette glande oscille sur la nappe purulente. Pour percevoir la sensation de fluctuation, il faut

⁽¹⁾ VELPEAU, *Traité des maladies du sein*, p. 104.

⁽²⁾ Dans une observation de Péan (*Clin. chir.*, 1875-1876, p. 612), la collection était sous le grand pectoral. Il s'agissait d'un homme.

⁽³⁾ BUMM, *Ueber die Entzündungen der weiblichen Brustdrüsen. Samml. klin. Vorträge von R. V. Volkmann*, n° 282, 1886, p. 14.

placer une main à la périphérie de la glande, et avec l'autre repousser tout le sein en arrière. Le liquide refoulé fuit excentriquement et vient soulever la main qui l'attend au pourtour de la base de l'organe. En l'absence de fluctuation nette, le bourrelet d'œdème, dont j'ai parlé, a une importance considérable.

La fièvre est intense et l'état général est toujours sérieux.

Si on laisse la maladie évoluer sans traitement, les choses peuvent se passer de diverses façons. Ou bien le pus tend à se faire jour à l'extérieur, ou bien il fuse dans diverses directions. S'il se fait jour au dehors, la peau rougit en un point de la périphérie de la glande, presque toujours en bas et en dehors : elle s'amincit, s'ulcère, et il s'échappe une quantité de pus considérable, jusqu'à 1 litre, dit Velpeau. Cette terminaison est la plus heureuse, mais il faut bien savoir que les phlegmons sous-mammaires ont une tendance remarquable à s'étendre. A cela rien d'étonnant, puisqu'ils sont presque toujours eux-mêmes des phlegmons par diffusion. Le pus fuse sous la peau des régions voisines, produisant des décollements étendus. On l'a même vu ulcérer, perforer un espace intercostal et faire irruption dans la plèvre. Cette terminaison est exceptionnelle; mais ce qui n'est pas rare, c'est que la plèvre s'enflamme et qu'il se développe une pleurésie de voisinage. Ces phlegmons constituent donc une affection grave à marche rapide, envahissante. Il faut les reconnaître dès le début et les traiter énergiquement.

Velpeau admet que les phlegmons sous-mammaires peuvent suivre d'arrière en avant les cloisons conjonctives qui séparent les lobes de la glande et arriver jusque sous la peau. Comme le fait très justement remarquer Lannelongue⁽¹⁾, « ceci ne s'observe que dans les cas où la glande est elle-même le point de départ de l'inflammation ». Ce n'est pas le phlegmon profond qui traverse la glande de part en part pour venir s'étaler sous la peau, c'est le phlegmon glandulaire qui se propage à la fois en avant et en arrière, sous la peau et sous la glande; mais le résultat est le même : c'est la formation de deux cavernes purulentes situées l'une dans le tissu conjonctif rétro-mammaire, l'autre dans le tissu cellulaire sous-cutané et communiquant l'une avec l'autre par un long trajet rétréci; c'est le véritable *abcès en bouton de chemise*.

Ces phlegmons rétro-mammaires ont pour caractère la rapidité de leur marche et leur tendance envahissante. C'en est assez pour montrer l'impérieuse nécessité d'un diagnostic précoce et d'une intervention hâtive et large. Dès qu'on a reconnu l'existence de la collection sous-mammaire, il faut l'évacuer. Vouloir traverser de part en part la glande tout entière serait folie. C'est à la périphérie, sur la circonférence de la glande, qu'il faut inciser, et là où le pus se fait jour le plus ordinairement, en bas et en dehors. L'incision doit être large pour que l'évacuation soit complète. Il est presque toujours nécessaire de drainer, et il faut, pour éviter la formation d'une fistule, immobiliser la glande et la comprimer contre la paroi thoracique par un pansement bien fait.

C. — PHLEGMONS ET ABCÈS GLANDULAIRES

Les phlegmons et abcès glandulaires, *intra ou intéro-mammaires*, abcès canaliculaires, galactophorites, mastites proprement dites, ont été observés à tout âge et dans les deux sexes. Ils peuvent succéder aux traumatismes et aux héma-

⁽¹⁾ LANNELONGUE, *loco citato*, p. 552.

tomes intra-glandulaires, mais on ne les observe avec quelque fréquence qu'à trois époques de la vie : dans les premiers jours qui suivent la naissance, au moment de la puberté et pendant la grossesse ou la lactation. Leur grande cause, c'est la puerpéralité. Sur 250 cas, rassemblés par Bryant, Nunn et Billroth, 185 s'étaient développés pendant la lactation, 15 pendant la grossesse et 54 seulement en dehors de ces deux conditions. Encore faut-il remarquer que, dans ces statistiques, on a compté tous les cas de phlegmons du sein; si l'on avait pris soin de séparer les mastites vraies des paramastites, on aurait trouvé une proportion encore plus élevée de phlegmons puerpéraux. Tant par sa fréquence que par sa gravité, c'est donc la mastite puerpérale qui offre le plus d'intérêt.

Avant d'en aborder l'étude, je dirai quelques mots de la mastite des nouveau-nés et de la mastite de la puberté.

1^o MASTITE DES NOUVEAU-NÉS

On sait que, chez les nouveau-nés de l'un et de l'autre sexe, les mamelles se tuméfient dans les deux ou trois jours qui suivent la naissance et sécrètent une petite quantité de lait véritable. Le fait est très anciennement connu, puisque, si l'on en croit Jourda (1), on trouverait dans Van Swieten cette opinion émise que pendant la vie intra-utérine le fœtus, pour se nourrir, tette ses propres mamelles. Quelques faits de lactation chez les nouveau-nés sont rapportés par Barricellus et Morgagni, qui les considèrent du reste comme des exceptions. Duguès (2) indique que cette sécrétion lactée peut devenir l'origine d'abcès. Scanzoni (1852) constate qu'elle est presque constante. Depuis, cette question a été reprise par Natalis Guillot (1855), par Gubler (1856), par de Sinety et Variot, etc. Il résulte de tous ces travaux que la sécrétion qui se produit chez les nouveau-nés est constituée par du lait véritable, qu'elle s'établit du quatrième au dixième jour, qu'elle dure en moyenne un mois, mais quelquefois bien davantage, deux mois et plus. Cet engorgement physiologique explique que la glande puisse s'infecter chez le nouveau-né comme chez les nourrices.

En général la mastite des nouveau-nés est tout à fait bénigne. L'une des mamelles, quelquefois les deux, deviennent chaudes, saillantes et rouges. Mais la tuméfaction reste légère, et très souvent la terminaison se fait par résolution. C'est à peine si l'on peut dire qu'il y a eu une mastite : on dirait une simple exagération du travail congestif normal. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Au lieu de la résolution, on constate un accroissement des phénomènes inflammatoires. La peau devient plus rouge, plus tendue. Par la palpation, on sent dans la mamelle des irrégularités, des nodosités dues à la consistance variable des divers lobes. Bientôt la fluctuation paraît en un ou plusieurs points; le pus se fait jour à travers la peau et la guérison survient en quelques jours. Toutefois, la suppuration peut franchir les limites de la glande, envahir les régions voisines, et provoquer de larges décollements. On a même prétendu que la mastite purulente des nouveau-nés avait plus que les autres tendance à diffuser. Les symptômes généraux deviennent graves, et ces sortes de phlegmons diffus entraînent parfois la mort. Mais c'est là une terminaison tout à fait exceptionnelle : la guérison est la règle, surtout si l'on a soin d'ouvrir l'abcès dès que la

(1) JOURDA, Thèse de Paris, 1889.

(2) DUGUÈS, Thèse de Paris, 1821.

suppuration se manifeste. Malgré cela, le pronostic de cette affection n'est pas indifférent. En effet, ainsi que Depaul l'a signalé, elle peut entraîner un retrait consécutif du mamelon, qui persiste toute la vie et rend l'allaitement impossible. En outre, dans certains cas, cette mastite détruit complètement l'élément glandulaire. Alors la mamelle, au lieu de se développer au moment de la puberté, reste atrophique. Th. Kölliker a signalé la possibilité du fait et Scanzoni en a observé un très remarquable exemple.

Les causes de la mastite des nouveau-nés n'ont pas été très étudiées. Plusieurs auteurs admettent que le traumatisme joue un rôle important et surtout les manœuvres parfois brutales qu'exercent les sages-femmes ou les gardes pour vider la glande du lait qu'elle sécrète. William Stephen (1) fait remarquer que cette coutume n'existe pas en Écosse et que les abcès du sein chez les nouveau-nés y sont particulièrement rares. Ces manœuvres agissent de deux façons : en produisant une contusion, une attrition de ces tissus délicats lorsqu'elles sont brutales, ou en apportant les germes infectieux. Par où se fait l'infection? On ne le sait pas exactement. Mais il est très vraisemblable, étant données l'intégrité de la peau au début et l'atrophie qui peut résulter de l'inflammation, que la glande elle-même est le siège primitif du mal.

2^o MASTITE DE LA PUBERTÉ

La mastite de la puberté ressemble singulièrement à celle des nouveau-nés. Elle est liée au phénomène physiologique dont les mamelles sont le siège à cette époque de la vie. On observe fréquemment chez les jeunes garçons aussi bien que chez les jeunes filles une tuméfaction légère du sein qui s'accompagne d'un peu de chaleur et de rougeur. Les douleurs sont obtuses, la pression des vêtements détermine de la gêne plutôt que de la souffrance. Parfois on voit sourdre par le mamelon un peu de liquide séreux. Au bout de quelques jours, ces phénomènes inflammatoires s'éteignent et l'affection se termine par résolution. C'est la règle. Il est exceptionnel que cette mastite suppure. Quand cela arrive, l'abcès qui se forme est généralement de petites dimensions, et, incisé, il guérit rapidement.

3^o MASTITE PUERPÉRALE

De toutes les formes d'inflammation du sein, c'est la plus fréquente. J'ai déjà rappelé les statistiques de Bryant, de Nunn, de Billroth; on peut y ajouter celle d'Ed. Martin et de Winckel. Le premier, sur 150 cas de mastite, n'en compte que 8 ou 10 en dehors de la lactation; le second, 1 seulement sur 50. Ce n'est pas seulement la plus fréquente, c'est aussi la plus grave.

Le degré de fréquence de la mastite puerpérale est très difficile à apprécier. Winckel (2), en 1878, l'estimait à 6 pour 100 des femmes accouchées. Kœhler (3) trouva, en 1882, à peu près la même proportion, mais Deiss (4), sur 1600 femmes

(1) WILLIAM STEPHEN, *British med. Journal*, 19 sept. 1874, p. 590.

(2) WINCKEL, *Path. und Therap. des Wochenb.*, 1878.

(3) KOEHLER, *Zur Statistik der Mastitis puerperalis*. Thèse de Bâle, 1882.

(4) DEISS, Thèse de Heidelberg, 1889.