

laiteuse, incapable de produire à elle seule l'inflammation de la glande, y prédispose dans une certaine mesure en rendant plus facile la propagation de l'infection. Ce qui prouve bien ce rôle de la stase, c'est que les abcès sont beaucoup plus fréquents dans les lobes inférieurs de la glande, dont le lait sort moins aisément que des lobes supérieurs.

En résumé, la mastite puerpérale est, dans la grande majorité des cas, une inflammation canaliculaire. Les micro-organismes, apportés soit par la bouche ou les yeux de l'enfant, soit par les mains de la mère, sont déposés sur le mamelon. S'ils y trouvent des crevasses, ils ont plus de chance de vivre et de se multiplier. De là, ils pénètrent dans les canaux galactophores, et, plus ou moins favorisés par la stase laiteuse, ils remontent jusque dans les acini, où les lésions qu'ils déterminent atteignent leur maximum.

Anatomie pathologique. — La mamelle n'est jamais prise dans sa totalité. Il se forme au début un ou plusieurs foyers inflammatoires distincts, qui correspondent à un ou plusieurs lobes de la glande. Tous les lobes ne sont pas indifféremment frappés. Les lobes externes et inférieurs sont beaucoup plus souvent pris que les supérieurs et internes. Il arrive souvent que plusieurs lobes sont envahis les uns après les autres, et il se forme des abcès successifs dont le nombre peut être considérable. Velpeau en a observé jusqu'à 52 sur le même sein. Il est bien évident qu'il n'y a pas 52 lobes dans la mamelle. Aussi on est conduit à se demander si certains de ces abcès ne frappent pas seulement quelques lobules d'un lobe, ou bien si, dans ces mamelles profondément infectées, il ne se développe pas des abcès à la fois dans les acini et dans le tissu cellulaire.

L'anatomie pathologique de la mastite puerpérale n'a pas été souvent étudiée surtout dans ses premiers stades. Klob⁽¹⁾ en a donné une description macroscopique qui a été souvent répétée. Billroth⁽²⁾ a étudié microscopiquement le sein d'une femme atteinte de mastite qui avait succombé à la pyohémie puerpérale. Il a été très frappé de la localisation de l'infiltration embryonnaire au pourtour des acini. Il a en outre expérimentalement produit une mastite chez une chienne. Mais l'étude de ce cas n'a pour nous aucun intérêt, car l'inflammation avait été produite par l'introduction d'un corps étranger dans le tissu cellulaire. La meilleure étude anatomique de la mastite puerpérale a été faite par Bumm⁽³⁾ qui s'est servi de petits fragments de mamelles excisés à diverses périodes de la maladie. Voici ce qu'il a constaté :

La prolifération rapide des micro-organismes dans l'intérieur des acini détermine une fermentation du lait, dont le sucre est transformé en acide lactique et en acide butyrique. La caséine se coagule. Les culs-de-sac glandulaires dilatés sont remplis d'un réseau de caséine coagulée, qui emprisonne les colonies bactériennes. Dans la paroi des acini se produit une vive réaction inflammatoire. Les cellules épithéliales se gonflent, se desquament et disparaissent. En même temps le tissu conjonctif inter-acineux est envahi par un grand nombre de globules blancs, qui pénètrent jusque dans les culs-de-sac glandulaires. Les microbes pénètrent inversement dans le tissu conjonctif, le

⁽¹⁾ KLOB, *Pathol. Anat. des weibl. Sexualorganen*. Wien, 1864, p. 511.

⁽²⁾ BILLROTH, *Medicin Jahrb.*, vol. XVIII, et *Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien*, 25 Jahrgang, 1869.

⁽³⁾ BUMM, *Sammlung klin. Vorträge*, n° 282, p. 10 et 11.

détruisent, et, à la place d'un lobule glandulaire, se forme un foyer purulent miliaire. Les petits foyers voisins se réunissent les uns aux autres, et tout un lobe est détruit et transformé en une caverne purulente. Cette caverne est irrégulière, avec des diverticules, des culs-de-sac partiellement séparés par des cloisons incomplètes. Des lambeaux de tissu conjonctif, reste des cloisons interlobulaires, flottent dans le pus et donnent à la caverne l'aspect d'une éponge. Ses parois sont formées d'une épaisse membrane granuleuse qui arrête les microbes et oppose une barrière à l'inflammation. Au point de vue thérapeutique, ce qui importe le plus, c'est la forme irrégulière de ces abcès, la présence des cloisons et des diverticules dans lesquels le pus peut séjourner. Dans l'évolution ultérieure, toutes ces cloisons sont détruites par le pus, qui tend à se faire jour, suivant son siège primitif, tantôt vers la peau, tantôt vers les parties profondes. Le plus souvent, il se forme une sorte de barrière inflammatoire, qui empêche la diffusion du pus; la peau s'ulcère et l'abcès se vide. Mais, dans d'autres cas, le pus se répand dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans le tissu conjonctif rétro-mammaire, produisant de larges décollements. Quelquefois il s'étale à la fois en avant et en arrière, sous la peau et sous la glande, constituant un abcès en bouton de chemise.

Symptômes. — La marche du phlegmon glandulaire est sensiblement moins rapide que celle des phlegmons sous-cutanés. Le début en est souvent obscur, et la transition entre l'engorgement laiteux et la mastite vraie peut être difficile à saisir. Il est souvent précédé ou accompagné de malaises, de frissons, d'un peu de fièvre. La mamelle est le siège d'une sensation de pesanteur et de lourdeur. Mais bientôt la température s'élève à 38°5, 39°, 39°5, et même à 40 degrés. En même temps, la douleur devient extrêmement vive. Les moindres pressions, les mouvements du tronc, surtout ceux du bras, les augmentent encore; et les malheureuses femmes, dont le visage altéré exprime une vive angoisse, sont sans cesse préoccupées de protéger leur poitrine de toute secousse et de tout contact.

Pendant ce temps la mamelle s'est tuméfiée; un peu déformée si l'inflammation occupe un lobe superficiel, déjetée du côté opposé si elle occupe un lobe profond. Mais, fait important, la peau n'est pas rouge, elle a son aspect normal; les ganglions axillaires ne sont pas engorgés.

La palpation permet de reconnaître au début, dans un lobe de la glande, le plus souvent en dehors et en bas, une rénitence diffuse; bientôt on distingue une sorte de nodosité formée par la réunion d'une série de petits grains, puis une véritable tumeur due à leur confluence plus intime. La tumeur ainsi constituée est globuleuse, du volume d'une noix, d'un petit œuf, d'une mandarine; elle est très douloureuse spontanément et à la pression; sa surface est mamelonnée, ses contours peu nets, comme diffus; elle n'adhère pas à la peau, mais elle est enchâssée dans la glande et l'on ne peut la mouvoir sans elle.

Dès le début, si l'on exerce des pressions sur la tumeur, on fait sourdre par le mamelon, en même temps que du lait, du pus véritable. Celui-ci s'écoule moins facilement, il colle au mamelon; il est plus gris que le lait, moins jaune, moins opaque que lui. Malgré ces différences d'aspect, on peut avoir quelque peine à le reconnaître. Il faut alors recourir à l'artifice recommandé par Budin. On recueille ce qui sort du mamelon sur un morceau de toile ou sur un tampon de coton hydrophile. Le lait imbibé rapidement le tissu, tandis que le pus reste

à la surface. La quantité de pus qu'on évacue ainsi est très variable. Tantôt elle est si faible qu'on ne peut guère l'apprécier en clinique, tantôt elle est assez considérable pour remplir une ou deux cuillers à soupe.

Si l'on abandonne la maladie à elle-même, le pus se collecte, et l'on peut sentir la fluctuation. Elle est d'abord très profonde, très difficile à percevoir, il faut recourir à tous les artifices que j'ai déjà signalés. Puis, plus ou moins lentement suivant le degré de profondeur de son siège initial, mais toujours lentement, la collection se rapproche de la superficie, la fluctuation devient plus facile à sentir. La peau est envahie à son tour, elle adhère, devient rouge, puis violacée, s'amincit et se perfore. Le pus s'écoule, et quelquefois en même temps il sort une certaine quantité de lait, plus ou moins altéré, d'une odeur âcre fort désagréable. Il est probable que ce lait vient, non pas des lobules primitivement envahis qui sont détruits et incapables de sécréter, mais de quelques conduits secondairement ulcérés. Cette terminaison est la plus fréquente, et aussi la plus heureuse.

Mais il arrive quelquefois que l'abcès, au lieu de s'ouvrir directement, s'étale sous la peau, formant une poche superficielle plus ou moins vaste. Il peut encore envahir le tissu cellulaire sous-mammaire. La glande est alors soulevée en masse, repoussée en avant, et l'on constate tous les signes du phlegmon rétro-mammaire.

Dans quelques circonstances rares, le pus devient fétide et se mélange de gaz. Ce phénomène peut se produire sans que la cavité purulente communique ni avec l'air, ni avec les voies respiratoires.

M. Verneuil⁽¹⁾ a fait remarquer qu'on observe fréquemment la lactosurie chez les nourrices atteintes d'abcès du sein. Après s'être demandé s'il y a coïncidence pure et simple entre les deux phénomènes, ou bien si la glycosurie est la cause de l'abcès, il tend plutôt à croire que c'est l'abcès qui amène la glycosurie. De Sirety a montré qu'on peut à volonté produire la glycosurie chez les nourrices en entravant l'excrétion du lait. Or l'abcès empêche l'allaitement, et ainsi « il amène la glycosurie médiatement, en créant d'abord la rétention lactée ».

Marche. — La marche des mastites puerpérales est très irrégulière. Entre les formes aiguës et les formes subaiguës, presque chroniques, sur lesquelles j'éviendrais plus loin, il y a tous les intermédiaires. Mais, même dans les formes aiguës, la marche n'est jamais très rapide.

Un fait important, qu'il faut bien connaître, c'est que la mastite puerpérale peut s'arrêter ou être arrêtée aux premiers stades de son évolution, alors que la suppuration est encore intracanaliculaire. Chassaignac avait déjà montré, avec un fait à l'appui, qu'en faisant sortir par expression le pus des canaux galactophores, on pouvait obtenir la guérison de la mastite puerpérale à son début. Budin et Cataliotti sont revenus sur ces faits oubliés, dont l'importance pratique est considérable.

Une fois que l'abcès est formé, l'évacuation qu'on peut obtenir par les canaux galactophores est insuffisante, il faut que le pus se fasse jour directement à l'extérieur. J'ai déjà indiqué les complications qui peuvent survenir, soit parce que l'inflammation s'étend sous la peau, soit parce qu'elle envahit le tissu cel-

⁽¹⁾ VERNEUIL, *Union médicale*, 19 août 1882, t. XXXIV, p. 277 et 301.

lulaire situé sous la glande. La complication la plus fréquente est assurément celle qui est due à la multiplicité des abcès. Quelquefois deux ou trois lobes de la glande sont pris simultanément : les collections, d'abord tout à fait distinctes, finissent par se réunir, et il en résulte de vastes clapiers irréguliers, avec de nombreux diverticules communiquant mal par des trajets, des goulots rétrécis. Dans d'autres cas les divers abcès restent indépendants les uns des autres, et viennent s'ouvrir séparément à la peau. Ces abcès multiples ne sont pas toujours simultanés. Ils se développent parfois successivement, à intervalles assez longs, éternisant la maladie. Si un second abcès se développe alors que le premier est encore fistuleux, on voit, au dire de Nélaton, la sécrétion du premier s'altérer. Au lieu d'un pus franchement phlegmoneux, il produit un mélange de pus et de sang. Ce signe, d'après Nélaton⁽¹⁾, ne ferait jamais défaut et permettrait d'affirmer le développement d'un second abcès. Ces abcès, plus ou moins subintrants, peuvent se succéder en grand nombre, 10, 20, 30 et davantage : les uns confluent et se réunissent, les autres s'ouvrent séparément. La mamelle bosselée, déformée, marbrée de taches rouges, violettes, livides, au centre desquelles se voient des orifices ulcéreux, à bords amincis et déchiquetés, est percée comme une pomme d'arrosoir ; elle est creusée de cavernes anfractueuses, de galeries irrégulières, transformée en éponge purulente ; la glande est complètement détruite. Les trajets fistuleux persistent, et la guérison définitive est difficile. Même en dehors de ces cas graves, il peut s'établir des fistules, qui persistent un temps plus ou moins long et résistent au traitement. Enfin, lorsque la suppuration s'est étalée sous la peau ou dans le tissu conjonctif rétro-mammaire, elle peut dépasser les limites de la mamelle et envahir les régions voisines, se propager à la plèvre, accidents pour lesquels je renvoie à l'étude des phlegmons sous-cutanés et des phlegmons sous-mammaires.

Les mastites, même lorsqu'elles guérissent bien, laissent à leur suite des noyaux indurés, qui peuvent persister fort longtemps, et en imposer pour des tumeurs. Le mamelon reste parfois déformé, rétracté par les processus cicatriciels ; si une partie notable de la glande a été détruite par la suppuration, la quantité de lait sécrété peut être fort diminuée, et la mamelle devient impropre à la lactation pour les accouchements ultérieurs. Enfin, d'après plusieurs statistiques, la mastite puerpérale prédisposerait dans une certaine mesure au développement ultérieur du cancer.

Diagnostic. — Au début, on peut être embarrassé pour distinguer le simple engorgement laiteux de la mastite. C'est la fièvre qui doit faire le diagnostic. Quoi qu'on en ait dit, il n'est pas démontré que l'engorgement laiteux puisse déterminer de la fièvre ; et lorsque la température s'élève à 38°,5 ou au delà, en dehors de toute autre complication, il faut admettre que la mastite a commencé. Lorsqu'on assiste au début de l'affection, il est presque toujours facile de distinguer la mastite vraie, des lymphangites, phlegmons ou abcès sous-cutanés. La rougeur de la peau, le gonflement superficiel, l'adénite axillaire, la rapidité de la marche, caractérisent ces derniers. Au contraire, dans la mastite vraie on observe des bosselures profondes, enchâssées dans la glande, sans modifications de la peau, sans adénite. Ces signes permettent de faire le diagnostic, même lorsque l'inflammation a frappé un lobe superficiel. S'il

⁽¹⁾ NÉLATON, *Mém. de pathol. chir.* Paris, 1857, t. IV, p. 25.

s'agit, au contraire, d'un lobe profond, la mamelle est en partie soulevée, on pourrait croire à un phlegmon sous-mammaire, mais on sent dans la glande même une masse empâtée et adhérente. Du reste, si l'on éprouve quelque embarras, il est un signe sur lequel j'ai déjà insisté, et qu'il ne faut pas manquer de chercher, c'est le *signe de Chassaignac*, l'écoulement du pus par le mamelon.

Plus tard, lorsque l'inflammation a envahi le tissu conjonctif superficiel, le diagnostic devient plus difficile; mais là encore les commémoratifs qui indiquent le début profond, l'intégrité primitive de la peau, la lenteur de la marche, permettent de le faire. Et l'on pourrait presque dire que, quand on hésite, c'est qu'il s'agit d'une mastite véritable et non d'un phlegmon superficiel. L'invasion du tissu conjonctif profond se reconnaît aux signes habituels très caractéristiques du phlegmon rétro-mammaire.

Traitement. — Le traitement des phlegmons du sein doit être avant tout prophylactique. Le mamelon d'une nourrice devrait être presque traité comme une plaie sans cesse exposée à s'infecter : propreté méticuleuse, lavages bori-qués après chaque tétée. Ce n'est pas seulement le mamelon qu'il faut surveiller, mais tout ce qui peut venir à son contact, les linges, les mains, et surtout la bouche et les yeux de l'enfant. S'il survient une excoriation, une gerçure, il faut redoubler de précautions. Il est hors de doute qu'avec des soins minutieux on peut éviter un grand nombre de mastites.

Quand l'inflammation est survenue, il faut bien savoir que l'abcès peut être conjuré, et que la suppuration peut être tarie alors qu'elle est encore intracanaliculaire. Mais, pour cela, il faut renoncer à la compression et avoir recours au traitement qui a été entrevu par Chassaignac et conseillé presque simultanément par Marsh⁽¹⁾ et par Budin⁽²⁾. La mamelle doit être immobilisée et soutenue, mais non pas comprimée, et ce qui importe par-dessus tout, c'est de l'évacuer. Chassaignac avait obtenu des succès par des pressions exercées sur la glande, mais il ne croyait pas beaucoup à l'efficacité de ce moyen, et il conseillait seulement d'employer la ventouse aspiratrice pour dégorger la mamelle⁽³⁾. C'est insuffisant. Il faut, par des pressions exercées de la racine de l'organe vers le mamelon dans la direction des conduits galactophores, exprimer le contenu de la glande, le pus avec le lait. Cette expression doit être renouvelée à plusieurs reprises, jusqu'à ce qu'il ne sorte plus de matière purulente. Sur 9 cas, ce traitement a donné à Budin 8 succès.

Lorsque le traitement par expression n'a pas été employé ou qu'il a échoué, quand l'abcès est formé, il faut évacuer le pus. Gosselin⁽⁴⁾, effrayé de la fréquence et de la gravité de l'érysipèle à la suite de l'incision des mastites puerpérales, avait érigé la temporisation en méthode. Il a soutenu qu'il fallait laisser ces abcès s'ouvrir spontanément. Aujourd'hui, on ne craint plus l'érysipèle, et comme d'autre part la temporisation excessive expose à des accidents, à des décollements étendus, à des fistules, qu'elle prolonge inutilement les douleurs souvent fort vives des malades, il faut l'abandonner. Comment doit-on évacuer

(1) MARSH, *New York med. Journal*, 9 mars 1889, p. 258.

(2) BUDIN, Thèse de Cataliotti, 22 mars 1889. Acad. de méd., 10 avril 1889, et *Leçons de clin. obstétr.*, 1889, p. 458.

(3) CHASSAIGNAC, *Traité de la suppuration*, t. II, p. 261.

(4) GOSSELIN, *Gazette des hôpitaux*, 4 sept. 1877, p. 809, et *Clinique chir.*, 5^e édit., t. II, p. 285.

le pus? Chassaignac⁽¹⁾ avait conseillé de faire de petites incisions, de « purger les abcès de la matière purulente aussi complètement que possible et par des moyens variés, ventouses, lavages, pressions expulsives, et de les réunir par première intention toutes les fois que cela est possible ». On a essayé aussi de les vider par des ponctions aspiratrices, suivies ou non d'injections modificatrices. Mais les abcès de la mastite vraie sont si anfractueux, que par ces moyens on n'obtient qu'une évacuation incomplète, la réunion échoue souvent, et il peut rester des fistules. Il vaut donc mieux recourir à l'incision large, suivie du drainage, et d'un pansement à la fois immobilisateur et compressif. On évite ainsi, surtout si l'on raccourcit et supprime rapidement le drain, la formation de fistules.

On a proposé plusieurs modifications à l'incision simple. Marmaduke Sheild conseille un procédé qui paraît surtout applicable aux abcès en bouton de chemise. Il consiste à faire d'abord une incision juste suffisante pour laisser passer le doigt. Par cette incision, l'index pénètre dans l'abcès et déprime sa cavité jusqu'au sillon thoraco-mammaire où l'on pratique une seconde incision plus large dont la cicatrice sera ainsi dissimulée.

Félizet incise au thermo-cautère, de préférence dans les plis sous-mammaires et flambe la cavité de l'abcès au chalumeau.

Weber fait autant d'incisions radiées qu'il y a d'abcès et enlève tous les tissus nécrosés à la curette tranchante.

Jules Bœckel⁽²⁾ a proposé une méthode de traitement plus radicale, « l'évidement méthodique du sein dans la mastite parenchymateuse aiguë. » Sa communication à l'Académie n'a point encore été publiée, mais voici les renseignements qu'il a bien voulu me communiquer à ce sujet. Je commence par le procédé opératoire : « Incision elliptique circonscrivant les fistules lorsqu'il y a lieu, ou bien la partie saillante du phlegmon lorsqu'il n'est pas ouvert, en respectant toutefois le mamelon si la chose est possible. Dissection rapide des deux lèvres de la plaie et extirpation avec pince et bistouri de toutes les portions malades, en allant au besoin jusque sur les côtes. Désinfection au sublimé. Réunion de la plaie par des sutures profondes alternant avec des sutures superficielles sans drainage. Pansement ouato-iodoformé, laissé huit jours en place. » Bœckel a opéré six fois de cette façon; il a toujours obtenu la guérison sous un seul pansement; le lait n'a pas empêché la réunion par première intention. Cette méthode est incontestablement intéressante; et elle a pour elle, lorsqu'elle réussit, l'extrême rapidité de la guérison. Il y aurait cependant quelques objections à faire, si l'on voulait l'ériger en méthode générale de traitement des mastites. D'abord, je ne dis pas la gravité, mais l'étendue de l'opération est peut-être disproportionnée avec la gravité de l'affection. En outre, cette intervention entraîne des dégâts notables, et il paraît difficile qu'elle ne laisse pas de cicatrices, de déformations plus considérables que celles qui résultent de la simple incision. Enfin, il faut toujours tenir compte, lorsqu'il s'agit de mastites puerpérales, de la possibilité, de la fréquence même des abcès multiples siégeant en des points différents de la mamelle. Faudrait-il les extirper tous successivement, ou bien, après avoir extirpé le premier, se contenter d'inciser les autres? Je crois donc que cette méthode doit être réservée aux cas où la maladie

(1) CHASSAIGNAC, *Gazette méd. de Paris*, 1855, p. 40.

(2) BŒCKEL, Acad. de méd., 50 avril 1889.

a produit des délabrements étendus, et particulièrement à ceux où il existe des fistules multiples et intarissables.

Les fistules purulentes qui succèdent aux mastites sont parfois fort rebelles, surtout lorsqu'elles viennent d'abcès profonds. Souvent ces fistules mal soignées s'enflamment, deviennent l'origine d'accidents cutanés, érythème, lymphangite. Dans ces cas, M. Verneuil⁽¹⁾ recommandait les pulvérisations antiseptiques prolongées. Hey avait conseillé, pour les fistules qui ont résisté aux méthodes ordinaires de traitement, de fendre la mamelle d'outre en outre, sur toute l'étendue du clapier. Roux s'était bien trouvé de cette méthode, et Velpeau pensait qu'elle devrait être adoptée généralement. Elle nous semble aujourd'hui presque barbare. Il serait certainement préférable, si une fistule avait résisté aux injections modificatrices, à la cautérisation, à la compression, aux débridements, de faire l'extirpation du trajet, ou l'évidement d'après le procédé de Bœckel.

Doit-on, en cas de mastite puerpérale, continuer ou suspendre l'allaitement? Cette question, qui a été longtemps discutée, est aujourd'hui résolue. Il ne faut pas donner à l'enfant le sein malade. Comme la maladie est primitivement glandulaire, la sécrétion, le lait est altéré; en outre il contient du pus, et son absorption pourrait être préjudiciable à la santé de l'enfant. Mme Henry, dit Budin, a remarqué qu'il se formait souvent des abcès multiples chez les enfants qui déglutissaient ainsi du pus. Damourette⁽²⁾ a montré que des affections plus graves pouvaient survenir, stomatites, broncho-pneumonies, gastro-entérites. Mais, pour la mère, la stase laiteuse peut avoir des inconvénients, puisqu'elle favorise le cheminement des microbes et qu'elle entretient un état congestif favorable à leur développement. C'est pour cela qu'il est indiqué d'évacuer le lait qui distend la glande.

D. — MASTITE TOTALE. — PHLEGMON DIFFUS

Le phlegmon diffus est une forme rare d'inflammation du sein. Il est difficile de dire par où il commence, car il a l'air de frapper dès le début la glande dans sa totalité. Nocard⁽³⁾ a étudié une mammite contagieuse qui se développe chez les brebis laitières et qui ressemble par bien des points au phlegmon diffus. Elle affecte souvent une forme gangreneuse, et évolue avec une telle rapidité qu'elle peut entraîner la mort en quarante-huit et même vingt-quatre heures. Elle est due à un microcoque de très petite taille, qu'on trouve dans le lait et aussi dans le liquide de l'œdème. Il franchit rapidement les parois des canaux galactophores, pénètre dans le tissu conjonctif interstitiel et s'y multiplie avec une effroyable rapidité. Nocard a démontré expérimentalement que c'est bien là sa marche, et que l'infection se fait par les canaux galactophores. En est-il de même chez la femme? Cela est possible, mais nous ne le savons pas. Toujours est-il que la mamelle est frappée dans sa totalité. Le tissu cellulaire est envahi aussi bien dans la profondeur qu'à la surface. La suppuration est rapide: des ouvertures spontanées multiples se font en divers points; avec le pus s'éliminent des bourbillons de tissu sphacélé.

(1) VERNEUIL, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1890, p. 257.

(2) DAMOURETTE, Thèse de Paris, 1895.

(3) NOCARD, *Annales de l'Institut Pasteur*, sept. 1887, p. 417.

La maladie s'annonce par des douleurs tensives, extrêmement vives, qui donnent la sensation d'une constriction violente exercée sur la mamelle. Le sein se tuméfie en masse; il est volumineux, lourd, dur, très douloureux à la moindre pression. En même temps la peau présente une rougeur intense, tantôt vive, éclatante comme dans l'érysipèle, tantôt sombre et violacée. L'état général est grave dès le début: frissons, fièvre vive, soif ardente, adynamie profonde, état septicémique redoutable.

Rapidement la suppuration s'établit: la mamelle se ramollit, donne la sensation d'une éponge pleine de pus. Des phlyctènes apparaissent sur la peau, qui devient livide et s'ulcère; ou bien des plaques gangreneuses la détruisent. Par les orifices ainsi créés s'écoule un pus séreux, sanieux, infect, mêlé de sang, parfois de lait aigri. Puis viennent des lambeaux jaunâtres de tissu cellulaire mortifié, qui s'éliminent successivement, laissant l'organe vidé, comme disséqué. Les accidents septiques entraînent quelquefois une mort rapide; dans d'autres cas ce sont des complications de voisinage, pleurales ou pulmonaires, qui amènent la terminaison fatale. Si la maladie guérit, elle laisse un organe informe, ratatiné, couturé de cicatrices, impropre ultérieurement à la lactation.

Dès que le phlegmon diffus est reconnu, il faut intervenir chirurgicalement. Il n'y a pas à s'attarder aux attermoiements médicaux, car, comme le dit Chassaing, « on ne doit jamais espérer la résolution ». Il faut que le traitement soit prompt et énergique. « Aussitôt que la nature de l'affection est reconnue, les incisions longues et multipliées divisant non seulement la peau, mais toute la couche celluleuse infiltrée de produits morbides, constituent la seule médication réellement efficace. » Dans ces incisions, on fait pénétrer les liquides antiseptiques, et l'on applique un large pansement humide fréquemment renouvelé. En même temps on s'efforce de soutenir l'état général.

II

INFLAMMATIONS CHRONIQUES

« Les inflammations subaiguës et chroniques de la mamelle présentent au point de vue clinique un intérêt de premier ordre. Malheureusement elles sont insuffisamment connues. Il est probable que la description que je vais essayer d'en donner devra être révisée avant peu. J'ai soigneusement étudié les rares mémoires qui ont été écrits sur ce sujet, et surtout les observations publiées. Ce qui fait le plus défaut, ce sont les examens anatomiques macroscopiques et microscopiques et les recherches bactériologiques. Il en résulte que nous manquons de la base anatomique et étiologique nécessaire à toute étude vraiment scientifique. » Telle est la phrase par laquelle je commençais l'étude des inflammations chroniques dans la première édition de ce traité. Sept années se sont écoulées depuis lors, pendant lesquelles les examens microscopiques et les recherches bactériologiques que je réclamaïis ont confirmé les hypothèses que j'avais émises, si bien qu'il m'est permis aujourd'hui de donner à ce chapitre une allure plus affirmative.

On sait que la tuberculose et la syphilis frappent parfois la mamelle, y déterminant des lésions de nature inflammatoire à marche chronique. On pourrait