

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 atermoiements 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

donc décrire dans ce chapitre la tuberculose et la syphilis du sein. Cependant il ne sera pas question ici de ces affections. Leur étiologie, leur évolution, leur pronostic, leur donnent un caractère particulier qui justifie une description spéciale.

Les inflammations chroniques de la mamelle, tuberculose et syphilis mises à part, présentent des modalités diverses, et il est nécessaire de les diviser pour les étudier. J'en distinguerai deux grandes classes. Les unes, qui se terminent assez souvent par suppuration, ne frappent qu'un segment de la glande. Elles forment des tumeurs arrondies, ou bien des gâteaux d'induration plus ou moins mal limités. Ce sont des sortes de phlegmons chroniques, qui correspondent à peu près à ce que Velpeau appelait l'engorgement partiel. Je les appellerai mastites chroniques partielles. Je rangerai dans ce groupe non seulement les *abcès subaigus* ou *chroniques*, mais aussi le *galactocèle*. Les autres, par contre, frappent la glande en plusieurs points et souvent dans sa totalité. Ce sont des mastites diffuses ou totales. Suivant leur évolution kystique ou fibreuse, elles se manifestent cliniquement par le syndrome décrit par Reclus sous le nom de *maladie kystique* ou par celui décrit par Tillaux et Phocas sous le nom de *maladie noueuse*.

A. — MASTITES CHRONIQUES PARTIELLES

1° PHLEGMONS CHRONIQUES. — Rien n'est plus variable que ces mastites chroniques. Entre l'abcès subaigu dans lequel la fluctuation apparaît en cinq ou six semaines, l'abcès tiède, comme dit Tillaux⁽¹⁾, et le noyau induré qui, après avoir persisté des mois et même plus d'une année, se résout complètement sans suppurer, il y a une foule d'intermédiaires.

Les symptômes sont aussi variables que les formes sont multiples, et il est d'autant plus difficile d'en donner une description d'ensemble qu'ils sont mal connus.

C'est tantôt pendant la lactation, tantôt à la fin, au moment du sevrage, ou bien encore en dehors de l'allaitement, à la suite d'un coup, d'une contusion chronique, que les malades ressentent quelques douleurs vagues et sont ainsi amenés à examiner leur sein. Elles y trouvent ou bien un noyau induré du volume d'une noisette, d'une noix, mobile sous la peau, légèrement sensible à la pression, ou bien un empâtement diffus dans un segment de la glande. La petite tumeur ainsi constatée reste quelquefois absolument stationnaire; d'ordinaire, elle augmente de volume progressivement mais lentement; quelquefois elle grossit vite, au point d'acquies en deux ou trois mois le volume du poing ou même d'une tête d'enfant. Les douleurs sont aussi variables que la marche de la tumeur. Ordinairement légères, elles sont parfois presque nulles. Par contre, elles atteignent dans certains cas une intensité considérable, s'irradient à toute la mamelle et jusque dans le bras correspondant. C'est l'exception.

Quand la malade se décide à consulter, parfois on rencontre une tumeur volumineuse, irrégulière, à bosselures fluctuantes. Reclus⁽²⁾ a publié un fait de ce genre où plusieurs chirurgiens ont fait le diagnostic de cysto-sarcome. Mais dans la grande majorité des cas, le volume de la tumeur ne dépasse guère celui

(1) TILLAUX, *Semaine médicale*, 1888, p. 286.

(2) RECLUS, *Clinique chirurgicale*, p. 429.

d'un œuf ou d'une petite pomme. Tantôt elle est parfaitement ronde dans son ensemble, présentant seulement à sa surface de petits mamelons grenus formés par les lobules sains de la glande refoulée. Castex⁽¹⁾ a publié une observation où cette forme arrondie était très accusée, et c'est même sur cette parfaite rondeur que Reclus s'est appuyé pour faire le diagnostic. Phocas⁽²⁾ insiste sur cette forme arrondie, mais je la crois exceptionnelle. Tantôt la tumeur a la forme d'un gâteau irrégulier, d'une plaque dure sans limites précises. Ce n'est pas qu'elle envoie des prolongements rameux dans le reste de la glande comme fait le cancer, mais il est difficile de sentir où elle commence et où elle finit. La consistance est ferme, ordinairement moins dure que celle du cancer, un peu élastique, mais quelquefois d'une dureté ligneuse, squirrhuse.

Un signe d'une importance capitale, c'est la douleur à la pression. Dans quelques observations, il est dit que la tumeur était parfaitement indolente, mais c'est l'exception. Le plus souvent, la palpation réveille une douleur, non pas une douleur d'une extrême acuité, comme celle qu'on observe dans les processus phlegmasiques aigus, mais une sensation douloureuse nettement perçue, qui ne se rencontre guère dans les néoplasmes. On sait en effet que la palpation modérée ne réveille, quand il s'agit de néoplasmes, surtout au début de leur évolution, aucune sensation anormale. La douleur provoquée par la pression est quelquefois plus vive au centre de la tumeur : c'est lorsqu'elle est sur le point de suppurer. Souvent c'est à la périphérie que cette douleur s'accuse au maximum, dans les points où l'inflammation tend à progresser.

La tumeur est mobile avec le reste de la glande, sur les parties profondes, sur le grand pectoral contracté. Ses connexions avec la peau sont très variables. Au début, et quelquefois pendant toute son évolution, elle en est complètement indépendante et la peau reste saine. Mais cette dernière peut être le siège d'altérations diverses. Quand on la plisse, elle présente parfois cet état particulier qu'on caractérise du nom de peau d'orange. Castex rapporte un fait où ce signe était très manifeste, et dit que Verneuil l'a observé dans un cas qui s'est terminé par résolution. Enfin la peau est quelquefois adhérente et le mamelon rétracté. Phocas fait remarquer avec raison que les adhérences diffèrent de celles qu'on observe dans le cancer. Ce n'est pas un capitonnage dû à des travées fibreuses qui montent de la profondeur vers le derme, c'est une adhérence inflammatoire qui se fait en surface. Mais ce sont là des nuances très délicates et fort difficiles à saisir.

Il est un autre signe d'une haute importance, c'est l'engorgement des ganglions axillaires. Cet engorgement n'est pas constant, mais il est fréquent, et il faut toujours le chercher. Parfois il est oscillant : les ganglions augmentent et diminuent alternativement. C'est surtout au moment des règles qu'ils se tuméfient et deviennent douloureux. Cette adénite n'a pas toujours un caractère nettement inflammatoire, il s'en faut de beaucoup. Souvent les ganglions sont de volume médiocre; ils sont durs, mobiles, et on les prendrait facilement pour des ganglions cancéreux. Mais ils sont un peu douloureux à la pression, et bien que de dimensions médiocres, ils sont cependant plus gros et plus nombreux que ne le comporterait une tumeur maligne du même âge et du même volume que la tumeur inflammatoire. Tous ces signes sont d'une appréciation évidemment délicate, mais ils ont une extrême importance pour le diagnostic.

(1) CASTEX, *Revue de chirurgie*, juillet 1887.

(2) PHOCAS, Thèse de Paris, 1886.

L'évolution et la terminaison de ces phlegmons chroniques sont très variables. Duplay⁽¹⁾ et son élève Fau⁽²⁾ distinguent, d'après la terminaison, trois formes de mastites subaiguës ou chroniques : la forme suppurée, la forme résolutive et la forme indurée.

Dans la forme suppurée, les adhérences à la peau deviennent de plus en plus intimes. On perçoit une fluctuation d'abord obscure et profonde qui devient nette et superficielle. Si l'on n'intervient pas, la peau s'ulcère et la collection se fait jour en dehors. J.-L. Championnière⁽³⁾ a observé une évolution bien plus curieuse. La mammitte s'est terminée par résolution : les ganglions seuls ont suppuré.

La durée de cette forme suppurée est extrêmement variable. Dans certains cas, il s'agit presque d'abcès ordinaires, dont la suppuration est seulement un peu retardée : ainsi dans le cas que Tillaux a qualifié d'abcès tiède, où la suppuration est survenue en six semaines. Dans d'autres cas, il faut deux ou trois mois pour que la suppuration se manifeste : Bardy⁽⁴⁾, Reclus, Castex ont publié des exemples de ce genre. Enfin, dans certains cas, la période de tumeur dure beaucoup plus longtemps. Velpeau⁽⁵⁾ cite un abcès du sein droit dû à la fonte purulente d'un engorgement existant depuis un an et survenu à la suite de couches. Reclus, dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, parle d'un noyau, développé aussi à la suite de couches, qui est resté six ans stationnaire et qui s'est mis à suppurer après cet énorme laps de temps. Il faut dire encore que les noyaux qui restent si longtemps sans suppurer présentent souvent, comme ceux du reste qui ne suppurent jamais, une marche oscillante. Ils augmentent et diminuent alternativement de volume. Ainsi, dans le cas de Velpeau, la tumeur avait atteint après l'accouchement le volume d'un œuf; elle se réduit ensuite aux dimensions d'une petite noix, et c'est seulement au bout d'un an qu'elle s'enflamme et suppure. On constate parfois que les périodes d'augment de la tumeur coïncident avec les règles.

Dans la forme résolutive, le noyau induré, spontanément ou sous l'influence du traitement, entre en résolution et disparaît. La résolution peut survenir au bout d'un temps fort long. Davis⁽⁶⁾ a publié récemment deux observations fort intéressantes à ce point de vue. Dans la seconde, la plus frappante, il est question d'une femme de vingt-huit ans, mère de trois enfants, dont le dernier avait cinq ans. Depuis un traumatisme, qui datait de deux ans, elle ressentait des douleurs dans le sein gauche. On trouva dans ce sein, en dehors du mamelon, une tumeur mobile, du volume d'une balle, dure et sensible au toucher. Depuis sept mois, il existait une adénopathie axillaire. En même temps était apparue une autre petite tumeur du même genre dans le sein droit. Sous l'influence de la compression, les deux tumeurs disparurent complètement.

Ces cas, où les noyaux d'induration persistent des mois et même des années avant de disparaître, font comprendre qu'il n'y a pas une barrière infranchissable entre la forme résolutive et la forme indurée des mastites chroniques. Je considère même comme certain que ces noyaux peuvent persister indéfiniment, c'est-à-dire que l'inflammation chronique est l'origine de ces tumeurs désignées

(1) DUPLAY, *Clinique*, 5 novembre 1878.

(2) FAU, Thèse de Paris, 1878.

(3) Communication orale.

(4) BARDY, Thèse de Paris, 1876.

(5) VELPEAU, *loco citato*, p. 120.

(6) DAVIS, *Boston med. and surg. Journal*, 1890, t. CXXII, p. 193.

cliniquement sous le nom d'adénoïdes ou d'adéno-fibromes. On voit en effet des tumeurs qui, cliniquement et histologiquement, ne peuvent être distinguées des adéno-fibromes. Les malades qui les portent, racontent qu'au début elles ont souffert; elles affirment qu'à un certain moment leur tumeur a été plus volumineuse qu'elle n'est, ou du moins qu'elle a diminué pour regrossir ensuite. Tout cela est bien difficile à expliquer si l'on admet qu'il s'agit d'un véritable néoplasme. Au contraire, ces douleurs, ces alternatives de diminution et d'augmentation, tout s'explique aisément, si l'affection est de nature inflammatoire. J'aurai plus d'une fois l'occasion de revenir sur cette grosse question des rapports de l'inflammation avec les tumeurs.

L'étiologie de ces mastites subaiguës et chroniques est assez complexe. Quelques-unes se développent sans cause apparente; ou bien, on incrimine le froid, dont l'action est au moins douteuse; mais ce sont là des exceptions. La grande majorité des phlegmasies chroniques de la mamelle reconnaissent deux grandes causes, la lactation et les traumatismes.

Le plus grand nombre de ces inflammations débutent pendant la lactation ou au moment du sevrage. Un lobe de la glande devient un peu douloureux, s'indure et reste plus ou moins longtemps à l'état de tumeur. Quelle est donc dans ces cas la nature de l'affection? Reclus distingue trois variétés d'abcès chroniques de la mamelle : 1° les abcès tuberculeux dont je ne m'occupe pas ici; 2° les abcès chroniques développés dans un conduit galactophore; « il s'agirait d'une oblitération d'un canal excréteur où s'accumuleraient, avec les leucocytes, les produits de la sécrétion lactée, et notre collection serait en définitive l'ancien galactocèle »; « 3° dans la troisième variété, on aurait affaire à un phlegmon chronique au sens propre du mot ». Ces deux dernières variétés existent certainement. L'existence des suppurations tardives ayant pour origine des galactocèles est bien prouvée par ce fait de Reclus, où l'analyse du liquide, faite par Lion, a montré qu'il était formé d'un mélange de pus et de colostrum. Dans un autre cas, cité par Reclus, Nélaton a trouvé des parois lisses et régulières comme celles d'un kyste. En somme, le galactocèle n'est qu'une modalité de ces inflammations chroniques.

Quant aux abcès subaigus, aux abcès tièdes, il est bien évident qu'ils ne sont que des phlegmons ordinaires, d'origine infectieuse à marche lente. Il ne faut pas oublier que ces phlegmons ont une origine canaliculaire, ce qui les rapproche encore du galactocèle. De même ces phlegmasies chroniques qui ne suppurent pas, qui se terminent par résolution, ou bien qui laissent des noyaux indurés, sont causées également par une irritation endocanaliculaire. Le conduit est le premier malade et son inflammation retentit secondairement sur le tissu conjonctif interstitiel. Ainsi, par exemple, dans un cas de Davis⁽¹⁾, où il y avait une induration diffuse plutôt qu'une véritable tumeur, induration qui datait de plusieurs mois et qui a complètement disparu, la pression faisait couler par le mamelon une matière jaunâtre épaisse. Dans un fait de Reclus, publié par Castex⁽²⁾, en comprimant le sein on faisait sourdre par le mamelon quelques gouttes de sang d'abord et du lait ensuite. Bryant a publié un cas du même genre.

En somme, je pense que tous ces phlegmons chroniques qui se rattachent à la lactation, aussi bien ceux qui ne suppurent pas que ceux qui suppurent, ont

(1) DAVIS, *Boston med. and surg. Journal*, 1890, t. CXXII, p. 196, obs. I.

(2) CASTEX, *Revue de chirurgie*, 10 juillet 1887, p. 547, obs. I.