

leux et par de nouvelles incisions; on placera des drains permettant de désinfecter complètement les foyers purulents avec une solution concentrée d'acide phénique ou de sublimé (1:1000). Puis on introduira avec le drain des quantités modérées d'iodoforme, substance qui arrête presque toujours la décomposition putride et même le plus souvent met fin rapidement à la suppuration. C'est précisément dans ces cas que le pansement doit être renouvelé fréquemment jusqu'à ce que le pus ait perdu ses caractères de putridité.

Il ne nous reste plus qu'à dire quelques mots sur la continuation de l'allaitement pendant le développement d'un abcès du sein. Naturellement au début de l'inflammation, la sortie du lait ne peut offrir que des avantages à la femme, et ne saurait nuire au nourrisson. Par conséquent il n'y a aucun inconvénient à ce que la femme continue, si possible, de nourrir son enfant. Si l'allaitement est impossible il est en tous cas utile de faire sortir de temps en temps le lait artificiellement. Plus tard il ne peut plus être question d'allaitement, soit à cause des vives douleurs que provoque la succion, soit du fait de la tuméfaction de la glande qui empêche l'enfant de prendre convenablement le sein. Quelquefois les succions amènent du sang et du pus par suite de la rupture d'un conduit galactophore; dans ces cas on devra aussitôt renoncer à faire donner le sein à l'enfant.

§ 58. — On voit parfois du lait sortir par l'ouverture d'un abcès de la glande mammaire. Ce fait est, en général, sans importance au point de vue de la marche de la maladie. Le lait cesse de s'écouler à mesure que l'abcès ou la fistule se guérissent; dans certains cas des cautérisations pourront hâter la guérison.

Par contre il faut attacher une importance bien plus grande aux **fistules profondes du sein**, qu'on voit principalement succéder aux abcès de la glande mammaire, dont le traitement primitif et consécutif a été mal institué. Par suite de la suppuration continuelle et de la rétention du pus la convalescence se fait attendre pendant des mois. Les trajets fistuleux, qui pénètrent dans la profondeur de la glande, peuvent présenter des sinuosités et même souvent des inflexions brusques, ou être obstrués par des granulations de leurs parois, toutes conditions qui favorisent la stagnation du pus. Si l'on veut obtenir la guérison dans ces cas, il faut recourir aux moyens habituels, soit à l'introduction de petits tubes à drainage, soit, dans certains cas rares, à la section profonde de la fistule ou de l'abcès, ou enfin à une contre-ouverture. Ces opérations s'accompagnent généralement d'une assez grande perte de sang. La marche de la guérison ne diffère aucunement de celle des fistules profondes et sinueuses en général.

BILLROTH a émis à propos de ces abcès anciens une opinion qui certainement peut se trouver justifiée dans bien des cas; d'après cet auteur, si les abcès de ce genre ne guérissent pas, c'est que leurs parois, soudées au thorax, ne peuvent

se rétracter que lentement. Les granulations des parois ont peu de tendance à se souder parce qu'elles sont en partie recouvertes d'épithélium, et la guérison ne peut se faire que par la rétraction très lente des parois rigides de l'abcès. BILLROTH, se basant sur son expérience, propose d'inciser les fistules de façon à arriver librement dans la cavité de l'abcès, puis de gratter les parois, de ce dernier, ainsi que les trajets fistuleux, avec la curette tranchante; vient ensuite le drainage de la cavité suivi de l'application d'un pansement antiseptique (sublimé, iodoforme).

Quelquefois ces suppurations de longue durée laissent à leur suite des infiltrations inflammatoires chroniques. On sait par expérience qu'elles cèdent le mieux à une compression bien appliquée de la glande mammaire. On se sert d'une bande de gaze ou de flanelle humectée, avec laquelle on recouvre le sein de bandes circulaires et en huit de chiffre, maintenus eux-mêmes en place par des tours en spica passant sur l'épaule.

§ 59. — Les **processus inflammatoires** qui surviennent en dehors de la période de lactation ont beaucoup moins d'importance. Nous devons mentionner ici, en premier lieu, le gonflement du sein et l'écoulement d'un liquide aqueux, que l'on observe chez les nouveau-nés, et qui sont le signe d'une irritation fonctionnelle anormale. Généralement cet état d'irritation ne dépasse pas certaines limites, et l'on voit bientôt la sécrétion et le gonflement disparaître sous l'influence d'un traitement convenable, tel que l'application de compresses froides, etc. Quelquefois cependant se développe dans l'intérieur de la glande un abcès que l'on traitera selon les règles énoncées plus haut.

TH. KOELLIKER décrit certaines altérations survenant à l'état normal dans la glande mammaire des nouveau-nés. Un nombre plus ou moins grand de conduits glandulaires se dilatent dans toute leur étendue, jusqu'à leur cul-de-sac terminal, et se remplissent d'une masse blanche particulière et de cellules épithéliales détachées des parois, à la surface desquelles elles forment d'abord plusieurs couches. Il peut en résulter bientôt une tuméfaction parenchymateuse, une véritable mastite avec dilatation considérable des conduits excréteurs. On trouve alors que l'épithélium a entièrement disparu de ces conduits, ou bien ces derniers sont tapissés d'un épithélium stratifié avec deux ou trois couches de cellules rondes. Ce processus décrit par KOELLIKER nous permet d'expliquer le gonflement particulier des seins que l'on observe chez le nouveau-né, et qui s'accompagne parfois d'un écoulement de lait par le mamelon; on comprend qu'un abcès puisse aussi se développer dans de telles conditions. KOELLIKER fait en outre jouer à ce processus un rôle important pour la suite; d'après lui certaines atrophies observées chez la femme à la période de la puberté, devraient être ramenées à de pareilles altérations de la glande mammaire chez le nouveau-né.

STROMEYER fait mention des **abcès pyémiques** du sein. Leur pronostic doit être naturellement très réservé à cause de la pyémie dont ils

sont une manifestation. — Les abcès ordinaires chez les nouveau-nés guérissent presque toujours rapidement, les conditions étant bien plus favorables dans ces cas. De même les abcès du sein chez **les femmes en dehors de la lactation** causent rarement des symptômes graves. On les observe le plus souvent à l'époque de la puberté, de la 12^e à la 17^e année, et il est bien possible qu'ils soient en relation avec les épanchements sanguins spontanés qui, ainsi qu'on l'a constaté, se produisent assez souvent dans la glande mammaire, au moment de la menstruation. Plus souvent ce sont des contusions qui jouent un rôle étiologique, et quelquefois l'abcès a pour point de départ les glandes sébacées qui sont richement représentées dans la région du sein. Dans ce dernier cas le foyer purulent est toujours superficiel. Du reste les autres abcès qui surviennent en dehors de la lactation, sont aussi situés moins profondément que ceux qui se développent chez les femmes qui allaitent, et ils ont toujours une marche moins rapide; la douleur est moins vive et la fièvre moins intense.

Enfin, de même que chez la femme, on peut aussi observer **chez l'homme** des inflammations du sein se terminant par suppuration, ainsi que, parfois, des irritations fonctionnelles de cette glande.

Les abcès chroniques du sein sont très rares. La plupart des abcès froids de la région mammaire, et ceux que j'ai observés sont de ce nombre, proviennent non pas de la glande, mais bien de la paroi thoracique sous-jacente. C'est alors une tuberculose des côtes ou du sternum qui en est le point de départ. (Voir plus haut, § 56.)

On a décrit des abcès chroniques du sein, remarquables par la lenteur de leur développement, chez des femmes qui allaitent, mais ce sont là des faits douteux. Bien souvent, sans doute, il s'agit d'abcès chauds qui, une fois formés, passent à l'état chronique et ne sont plus susceptibles d'accroissement. Mais encore plus souvent on a pris pour des abcès de gros kystes laiteux dont le contenu s'était altéré et épaissi. D'autre part, il est hors de doute qu'il existe une véritable **tuberculose** de la région mammaire. Cette affection a été décrite d'abord par COOPER et VELPEAU, ainsi que par BILLROTH; je l'ai moi-même observée plusieurs fois et je l'ai toujours vue débiter par un ganglion qui, en se tuméfiant, arrive en contact avec la portion axillaire de la glande mammaire; en même temps les ganglions de l'aisselle deviennent également tuberculeux; alors seulement la glande mammaire est envahie à son tour. Cette affection a été de nouveau l'objet de plusieurs publications dans ces derniers temps.

Le travail le plus complet sur la tuberculose de la glande mammaire a été publié sous forme de monographie par DUBAR (Paris, Baillière et fils, 1882), lequel s'est basé sur ses propres observations et sur celles qu'il a pu recueillir dans les publications médicales. Cette affection s'observerait principalement chez les jeunes femmes; cependant l'Institut pathologique de Giessen a publié aussi des cas de cette maladie survenus

chez des individus âgés (OHNACKER) et elle aurait même été observée une fois chez l'homme (PORRIER). DUBAR en distingue deux formes dont l'une est constituée par un grand nombre de nodosités disséminées, du volume d'un grain de mil jusqu'à celui d'une amande, et séparées les unes des autres par du tissu glandulaire sain, tandis que l'autre est confluente et formée d'un certain nombre de tumeurs pouvant atteindre le volume d'un œuf de poule; ces tumeurs arrivent en contact réciproque et se confondent finalement en une seule masse. Il est probable que la première forme peut passer à la seconde. Ces nodosités présentent à l'œil nu et sous le microscope toutes les particularités de la tuberculose; MARCHAND démontra, du reste, leur caractère tuberculeux par des inoculations ainsi que par la constatation de la présence des bacilles. Ces processus ont une certaine tendance à subir de bonne heure la caséification et la fonte purulente, et ils s'accompagnent presque toujours d'une tuberculose étendue et d'une caséification des ganglions lymphatiques. Lorsque chez une jeune femme on voit se produire une intumescence tuberculeuse des ganglions de l'aisselle, on doit toujours aller à la recherche de foyers tuberculeux de la glande mammaire. La marche clinique est celle de la tuberculose depuis la formation de nodules multiples d'abord disséminés, puis confluents, jusqu'à leur ramollissement terminal et à la formation de fistules. Le plus souvent la maladie se complique d'une tuberculose d'autres organes.

Dans le diagnostic on aura surtout à prendre en considération la mastite interstitielle avec ses conséquences, de même que l'adénome et le fibrome, et à un degré moindre le carcinome et le sarcome. D'autre part, ainsi que le fait remarquer SCHULLER, lorsqu'on se trouve en présence d'une nodosité de la glande mammaire, on peut rester dans le doute sur sa nature syphilitique ou tuberculeuse. Quant au traitement, abstraction faite des moyens à employer contre la tuberculose en général, il consistera dans l'extirpation, soit des tumeurs isolées, soit de toute la glande mammaire ainsi que des ganglions axillaires.

Quant à l'inflammation interstitielle non suppurée de la glande mammaire, il en sera question plus loin à propos des tumeurs (voir § 61).

C. HYPERTROPHIE DES GLANDES MAMMAIRES.

§ 60. — Principalement à l'époque de la puberté, mais quelquefois aussi plus tard, on observe chez certaines personnes un développement excessif des seins. En général l'hypertrophie est bilatérale, rarement elle n'intéresse qu'un côté. Si l'on examine le tissu des glandes ainsi hypertrophiées, on constate une augmentation considérable du nombre et du volu-