

le gros trocart à travers un espace intercostal. A ces procédés on doit préférer la ponction pratiquée avec les fines aiguilles de nos appareils aspirateurs.

Relativement au point exact où doit être faite la ponction, les avis sont partagés. Roger conseille d'ouvrir le péricarde dans le cinquième espace intercostal, dans un point intermédiaire entre le mamelon gauche et le bord du sternum, en se rapprochant cependant un peu du mamelon et en pénétrant directement d'avant en arrière. Dieulafoy, tout en recommandant de pénétrer dans le cinquième espace intercostal, prescrit de ponctionner à six centimètres environ du bord gauche du sternum. D'ailleurs, dans chaque cas, en particulier, le chirurgien devra déterminer, par la percussion et l'auscultation, le point exact où l'accumulation de liquide est la plus considérable, et ponctionner en ce point.

La blessure de l'artère mammaire interne et celle du cœur sont les deux accidents à craindre dans la ponction du péricarde. On sera certain de respecter l'artère mammaire interne, en ponctionnant dans le point indiqué précédemment et qui est situé en dehors du trajet de ce vaisseau. Quant à la lésion du cœur, elle est certainement moins à craindre qu'on ne le supposait autrefois, et, pour l'éviter, on devra enfoncer l'aiguille de l'aspirateur avec précaution, et s'arrêter dès que la sortie du liquide annoncera que l'instrument a pénétré dans le péricarde.

D'ailleurs, des faits assez nombreux montrent l'innocuité relative de ce dernier accident. Dans quelques cas mêmes, où, par suite d'une erreur de diagnostic, le trocart a été plongé jusque dans une cavité cardiaque, il ne semble pas en être résulté de conséquence fâcheuse pour le malade. Nous citerons à l'appui l'observation suivante rapportée dans les *Transactions de la Société clinique de Londres* (1). Une femme âgée de vingt-sept ans, atteinte de pleuropneumonie, présentait les signes d'un vaste épanchement du péricarde; un trocart fut plongé dans le quatrième espace intercostal et donna issue à du sang veineux pur. L'instrument fut immédiatement retiré, et la malade se trouva soulagée. Elle mourut environ quatre semaines plus tard d'une complication, et l'autopsie montra l'existence d'une affection valvulaire avec dilatation du cœur, mais sans trace d'épanchement. Le ventricule droit avait été ponctionné. Deux cas analogues ont été rapportés par Baizeau et par Roger.

Une fois la ponction pratiquée et le liquide évacué, il est fréquent de voir l'épanchement se reproduire. Dans ces cas, une nouvelle ponction doit être faite autant de fois qu'elle devient nécessaire. Gooch (2) l'a répétée jusqu'à six fois sur le même malade dans l'espace de trente-huit jours. On a accusé la paracentèse du péricarde de provoquer le retour rapide de l'épanchement et de déterminer la transformation d'un épan-

(1) *Transact. of the Clinical Soc. of London*, vol. VIII, p. 169.

(2) *British med. journ.*, 19 juin 1875.

chement séreux, sanguin ou séro-sanguin, en un épanchement purulent. Pour prévenir cette double complication, on a conseillé de faire suivre la ponction du péricarde d'injections iodées destinées à modifier la surface interne de la séreuse. Il est impossible de se prononcer sur la valeur de ce moyen, dont l'emploi ne paraît jamais avoir donné les résultats curatifs qu'on en attendait. Dans le cas où l'épanchement péricardique est purulent, nous conseillons de préférence l'introduction d'un tube à drainage, ou même l'ouverture large du péricarde, comme dans l'opération de l'empyème.

Relativement aux résultats fournis jusqu'à ce jour par la paracentèse du péricarde, on pourra consulter un tableau de 41 cas, dressé par J.-B. Roberts (1), d'où il résulte que sur ce nombre il y a eu 19 guérisons, 21 morts et 1 résultat inconnu, soit 46, 34 pour 100 de succès, pour 53, 66 pour 100 de mortalité. L'auteur à qui j'emprunte ces données statistiques fait remarquer que la plupart des sujets qui ont succombé présentaient des maladies graves compliquant l'épanchement péricardique, et que, parmi les 21 cas de mort, il n'y en a que 5 dans lesquels aucune maladie autre que l'hydropisie du péricarde ne se trouve mentionnée, circonstance qui est bien de nature à abaisser le chiffre de la mortalité imputable à l'opération.

CHAPITRE XVII

MALADIES DE LA RÉGION MAMMAIRE

La pathologie de la région mammaire emprunte un intérêt particulier à la présence de la glande mammaire qui, restant à l'état rudimentaire chez l'homme, subit, au contraire, chez la femme un développement complet en rapport avec les fonctions qu'elle est destinée à remplir pendant toute la durée de la vie sexuelle. C'est dire que les affections de la mamelle sont surtout fréquentes chez la femme, et qu'un grand nombre d'entre elles se montrent de préférence durant la période d'activité de la glande. Toutefois, nous devons signaler, dans un article spécial, les affections de la mamelle chez l'homme.

Constituée par un amas de glandes en grappe dont les conduits excréteurs, au nombre d'une quinzaine, viennent aboutir au centre du mamelon pour s'ouvrir à son sommet, la glande mammaire est située dans un dédoublement du tissu cellulaire sous-cutané qui la sépare de la peau en avant, et de l'aponévrose du grand pectoral en arrière. La couche sous-cutanée forme un revêtement presque complet à la ma-

(1) *New-York med. journ.*, décembre 1876.

melle, excepté au niveau du mamelon et de l'aréole, où elle fait défaut. Dans les autres points de la surface de la mamelle, cette couche cellulo-adipeuse sous-cutanée présente un certain nombre de prolongements qui remplissent des enfoncements plus ou moins profonds, creusés à la surface et dans l'épaisseur de la glande, entre les lobes et les lobules. Ces loges, remplies de graisse et traversées par des vaisseaux lymphatiques, tantôt forment de simples dépressions en cul-de-sac, et tantôt traversent la glande dans presque toute son épaisseur, sans cependant arriver jusqu'à la partie postérieure; elles sont fréquemment sinueuses et dilatées en ampoule. Nous verrons l'importance de cette disposition bien indiquée par Giralès (1).

La couche de tissu cellulaire qui sépare la glande mammaire de l'aponévrose du grand pectoral est lâche, lamelleuse, et présente parfois, suivant la remarque de Chassaignac (2), l'aspect d'une véritable bourse séreuse, dans laquelle les liquides peuvent se collecter.

Nous nous bornons à rappeler que les vaisseaux sanguins de la mamelle, qui proviennent de la mammaire externe, de la mammaire interne et des branches intercostales, acquièrent un développement excessif pendant la grossesse.

Quant aux vaisseaux lymphatiques, ils jouent un grand rôle dans la pathologie de la mamelle, et méritent de nous arrêter un instant. C'est principalement aux recherches du professeur Sappey que nous devons une connaissance exacte de leur mode de distribution. Les uns naissent de la glande, les autres de la peau. Les lymphatiques glandulaires, qui prennent leur origine dans les lobules de la glande, viennent tous sans exception, même ceux de la partie postérieure, converger vers l'aréole, et forment un plexus sous-aréolaire d'une extrême richesse; de ce plexus partent deux troncs volumineux qui vont se rendre aux ganglions de l'aisselle. Deux autres troncs moins volumineux partent des parties supérieure et inférieure de la glande pour s'unir aux précédents. Les lymphatiques cutanés forment un réseau très-serré au pourtour du mamelon et de l'aréole, et les rameaux qui en partent vont se jeter dans le plexus sous-aréolaire.

De tous temps les affections de la mamelle ont été, de la part des chirurgiens et des anatomo-pathologistes, l'objet d'une étude attentive, et la littérature médicale est extrêmement riche en publications sur la matière. Outre un nombre considérable de monographies traitant de divers points de la pathologie de la mamelle, et que nous ferons connaître en temps utile, on trouvera, dans tous les livres classiques de chirurgie et d'anatomie pathologique, un chapitre plus ou moins étendu, renfermant l'exposé des connaissances de l'époque sur ce sujet. Enfin il existe un certain nombre de livres spéciaux sur les maladies du sein,

(1) *Anat. chir. de la région mammaire* (Mém. Soc. de chirurgie, t. II, p. 198).

(2) *Bull. de la Soc. de chir.*, juin 1853.

parmi lesquels nous citerons ceux de A. Cooper, de Carpentier-Méricourt, de Birkett, et surtout le beau traité du professeur Velpeau.

A. COOPER, *Illust. of the Diseases of the Breast*. London, 1829. — CARPENTIER-MÉRICOURT, *Traité des maladies du sein*, Paris, 1845. — BIRKETT, *The Diseases of the Breast and their Treatment*. London, 1850. — VELPEAU, *Traité des maladies du sein*, Paris, 1854.

ARTICLE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA RÉGION MAMMAIRE

1° Contusions.

Les contusions de la mamelle ont peu de gravité en dehors de la période d'activité sécrétoire de cette glande; cependant il est peu de femmes atteintes de tumeurs mammaires qui n'invoquent pas une contusion comme cause de leur affection: aussi doit-on accepter avec une certaine réserve les renseignements qu'elles fournissent à cet égard. A la suite de l'action d'un corps contondant sur la mamelle, on peut observer des *ecchymoses*, des *bosses sanguines* ou des *épanchements sanguins* dans le parenchyme glandulaire. On a signalé enfin, dans certains cas, la formation d'épanchements sanguins *sous-mammaires*, limités en arrière par l'aponévrose du grand pectoral, et qui soulèvent la glande; leur existence n'est révélée qu'au bout de quelques jours, lorsque l'infiltration sanguine se fait jour dans les parties déclives, figurant un demi-cercle de coloration d'abord foncée, qui subit ensuite les dégradations de couleur bien connues de toutes les *ecchymoses*. Cet épanchement sous-mammaire, s'il n'est convenablement traité, peut s'enflammer et provoquer le développement d'un phlegmon étendu.

Mais c'est surtout chez les femmes enceintes et les nourrices que la contusion est susceptible de provoquer la suppuration en froissant ou écrasant les lobules de la glande et les conduits galactophores, ce qui détermine l'extravasation du lait.

TRAITEMENT. — Lorsque la contusion a été violente et qu'il y a lieu de redouter la suppuration, il importe avant tout d'immobiliser la glande et d'employer divers moyens résolutifs. La compression est préconisée par certains auteurs, mais elle est quelquefois difficile à supporter; l'application de vésicatoires volants peut devenir opportune. Si la suppuration se produit, ce qui est rare, on aura recours au traitement qui sera indiqué plus loin à propos des abcès du sein.

Cooper a signalé certaines *ecchymoses spontanées*, rarement observées, qui se produisent en l'absence de toute lésion traumatique et sans douleur, sortes d'hémorrhagies complémentaires, apparaissant à l'époque des règles, surtout chez des femmes qui ont atteint l'âge de la

ménopause : on aurait aussi observé ces ecchymoses chez des jeunes filles chlorotiques. Les suites en sont nulles.

2° Plaies.

Les diverses sortes d'agents vulnérants peuvent produire, comme partout ailleurs, des plaies dont l'étendue, la profondeur sont variables comme la forme et le siège. A ce point de vue, le sein ne présente à signaler de particulier que sa vascularité et sa richesse en vaisseaux lymphatiques.

Les hémorrhagies souvent abondantes que l'on observe dans ces cas peuvent devenir embarrassantes si la plaie est étroite et profonde et le vaisseau volumineux; la compression réussit cependant le plus ordinairement.

Les plaies du sein, même les plus nettes et les mieux soignées, celles qui résultent par exemple de l'ablation méthodique des tumeurs, sont très-fréquemment suivies d'érysipèle; la lymphangite est également à redouter; aussi doit-on être très-réservé dans l'emploi des sutures quand il s'agit d'une plaie du sein. La compression et le rapprochement par les pièces de pansement sont préférables.

ARTICLE II

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DE LA RÉGION MAMMAIRE

Nous nous bornerons à signaler sans les décrire un certain nombre d'affections de la mamelle, telles que la *pustule maligne*, les *ulcérations syphilitiques primitives*, qui se présentent dans la région mammaire avec leurs caractères habituels. Nous passerons également sous silence les diverses maladies cutanées qui atteignent assez fréquemment la mamelle (*gale, eczéma, impétigo*, etc.). Cet article comprendra : 1° les *affections inflammatoires*; 2° les *fistules*; 3° les *tumeurs*.

§ I. — Affections inflammatoires.

Il suffira de rappeler que l'érysipèle de la région mammaire est très-fréquent à la suite des plaies accidentelles ou chirurgicales, ce qui s'explique par l'extrême richesse de la région en vaisseaux lymphatiques. L'érysipèle revêt parfois, lorsqu'il s'étend à la poitrine, un caractère d'extrême gravité, surtout en raison des complications inflammatoires du côté de la plèvre.

Nous devons nous arrêter un peu plus longuement sur une lésion inflammatoire, insignifiante en apparence, et qui devient dans un très-grand nombre de cas l'origine de phlegmasies graves de la mamelle;

nous voulons parler de ces érosions superficielles du mamelon et de l'aréole connues sous les noms de *fissures*, de *gerçures*, de *crevasses*.

1° Érosions, fissures, gerçures, crevasses du mamelon et de l'aréole.

Ces lésions s'observent presque exclusivement chez les nouvelles accouchées, et se montrent dans le cours de la première semaine qui suit la parturition, plus rarement à une époque plus éloignée de la lactation. Leur fréquence a été notée par Winckel (1), qui les a rencontrées 72 fois sur 150 accouchées; d'après le même auteur cette fréquence serait à peu près égale chez les primipares et les multipares. Les vices de conformation du mamelon, le défaut de soins de propreté à la fin de la grossesse ou au commencement de l'allaitement, l'exposition à l'air du mamelon humide, les tiraillements, la pression exercée par certains nourrissons sur le mamelon, et peut-être aussi, selon Rossi (2), une action spéciale de la salive de quelques enfants atteints de stomatites, telles sont les causes les plus fréquentes des gerçures du sein.

Sous l'influence de ces différentes causes, l'épiderme du mamelon s'exfolie, laissant une *érosion* du derme qui occupe le plus souvent le sommet de l'organe, mais peut aussi envahir sa base et l'aréole. La simple érosion devient bientôt une *excoriation*, par suite de l'action continue des mêmes causes, et le derme mis à nu saigne à chaque effort de succion. Puis cette excoriation se creuse de plus en plus, s'allonge en général sous forme de fente et prend le nom de *fissure*, de *gerçure* ou de *crevasse*, suivant son étendue et sa profondeur.

Ces fissures siègent le plus souvent au sommet ou à la base du mamelon, où elles affectent une forme semi-lunaire, en suivant le sillon qui sépare le mamelon de l'aréole; sur cette dernière partie elles sont toujours irrégulières.

Elles se présentent sous forme d'ulcérations allongées, profondes, saignantes, qui se recouvrent de croûtes lorsque le sein n'a pas été donné depuis quelque temps.

Ces ulcérations peuvent gagner en profondeur et détruire plus ou moins complètement le mamelon; on a même vu cet organe se détacher tout d'une pièce par suite des progrès d'une crevasse siégeant à sa base. Bouchut a signalé un autre accident des crevasses du sommet du mamelon, consistant dans l'ouverture par ulcération des conduits galactophores, qui viennent déboucher dans une sorte de cloaque d'où le lait s'écoule en nappe.

Les fissures et crevasses du mamelon obligent le plus souvent à suspendre l'allaitement, par suite des douleurs, parfois atroces, que détermine chaque tentative de succion. Nous verrons que leur existence

(1) *Die Pathologie und Therapie des Wochenbetts*. Berlin, 1869.(2) *Gaz. méd. de Paris*, 20 septembre 1845.