

Le *phlegmon glandulaire des nouveau-nés* s'observe d'un seul côté ou des deux côtés à la fois sans qu'on puisse reconnaître les causes de son développement. Le siège de la phlegmasie dans le tissu glandulaire paraît démontré par l'écoulement d'une certaine quantité de lait par le mamelon.

La *mammite des adolescents*, qui survient parfois au moment de la puberté, en dehors de causes appréciables, si ce n'est la sympathie qui unit les mamelles aux organes génitaux, s'accompagne aussi parfois de l'excrétion par le mamelon d'un liquide analogue au lait.

Nous nous bornons à signaler ces deux formes de mammites, qui rarement arrivent à suppuration et se terminent le plus souvent par résolution. Ce chapitre est exclusivement consacré à l'étude des abcès du sein chez la femme pubère.

ÉTILOGIE ET PATHOGÉNIE. — Quoique pouvant survenir à la suite d'un refroidissement, d'une violence extérieure, ou sans cause appréciable en dehors de l'état puerpéral et de l'allaitement, les phlegmons et abcès glandulaires forment la classe la plus nombreuse des abcès du sein que l'on observe chez les femmes enceintes, les nouvelles accouchées et les nourrices. Relativement aux phlegmons et abcès post-puerpéraux, on a discuté la question de savoir s'ils sont plus fréquents chez les femmes qui nourrissent ou chez celles qui ne nourrissent pas. Cette question est aujourd'hui résolue, et l'observation a montré que le phlegmon glandulaire du sein s'observe principalement chez les femmes qui, après avoir donné le sein pendant quelques jours, ont cessé l'allaitement.

La pathogénie de ces phlegmons est diversement interprétée, et de fait elle est encore sujette à contestation. Dans l'immense majorité des cas, l'existence d'une lésion du mamelon et de l'aréole (érosion, gerçure, crevasse) paraît être la première condition du développement de la maladie. Tout le monde est d'accord sur ce point; la divergence d'opinions commence lorsqu'il s'agit d'expliquer la relation qui existe entre cette lésion du mamelon et la phlegmasie du parenchyme glandulaire.

Suivant quelques auteurs, cette phlegmasie ne serait autre chose qu'une lymphangite ayant pour point de départ la petite plaie du mamelon et de l'aréole, irritée par les efforts de succion, par les sécrétions de la bouche de l'enfant, par le lait aigri, par l'exposition au froid durant l'allaitement, enfin par le contact des poussières de l'atmosphère, qui, dans les salles des maternités, renferme, comme on le sait, des miasmes infectieux. Cette dernière condition expliquerait la plus grande fréquence des abcès du sein dans les maisons d'accouchements.

La richesse du système lymphatique de la mamelle, la distribution des vaisseaux, rendraient compte, d'après cette théorie, de la propagation de ces lymphangites et de leur symptomatologie.

L'inflammation, partie de l'écorchure du mamelon et de l'aréole, gagnerait le plexus sous-aréolaire pour se transmettre aux nombreux

vaisseaux lymphatiques qui viennent s'y rendre, après avoir pris naissance autour des lobules et avoir traversé ces loges creusées dans l'épaisseur de la mamelle et remplies d'un tissu cellulo-adipeux auquel l'inflammation des vaisseaux lymphatiques ne tarde pas à se propager. Ainsi se développerait le phlegmon interlobulaire.

Cette pathogénie, présentée par Nélaton, soutenue par ses élèves, et en particulier par A. Richard qui admet que neuf fois sur dix les abcès du sein sont des angioloécites, me paraît loin d'être démontrée, et, dans tous les cas, elle soulève, à mon avis, deux objections sérieuses : la première, c'est que, contrairement à ce que l'on observe dans les lymphangites, les ganglions de l'aisselle restent souvent indemnes dans les phlegmons glandulaires de la mamelle; la seconde, c'est que l'inflammation se propagerait en sens inverse du cours de la lymphe, ce qui est absolument contraire à la marche habituelle des lymphangites.

Sans vouloir prétendre que la doctrine de Nélaton soit fautive, je pense donc qu'il est bon d'attendre pour l'accepter définitivement une démonstration qui jusqu'ici lui a manqué.

D'autres chirurgiens, sans songer à la lymphangite, considèrent que le point de départ des abcès de la mamelle que nous étudions est une inflammation des éléments glandulaires (conduits galactophores, lobules). Mais ici encore la pathogénie de cette inflammation a été diversement interprétée.

Suivant la doctrine la plus ancienne, l'inflammation de la glande reconnaîtrait pour cause l'accumulation du lait dans l'intérieur des conduits galactophores, accumulation qui résulterait soit de ce que la sécrétion est trop abondante, soit de ce que l'excrétion est rendue insuffisante ou nulle par le défaut d'appétit de l'enfant, la suppression de l'allaitement ou l'impossibilité de donner le sein (anomalie du mamelon, gerçures, crevasses). Le lait retenu dans les conduits galactophores se modifierait et se séparerait en deux parties, dont l'une liquide peut être évacuée ou résorbée, et l'autre solide constitue une sorte de caillot oblitérateur, en arrière duquel les conduits sont distendus par le produit d'une sécrétion incessante. « Tant que cette distension n'agit que mécaniquement, dit Velpeau, il n'y a qu'engorgement, mais ainsi distendus les conduits lactés peuvent perdre patience, alors l'irritation gagne la glande et prend le caractère de l'inflammation parenchymateuse. » Tandis que Velpeau admet que le conduit lacté s'enflamme, que sa paroi suppure et que l'abcès est constitué dans une sorte de kyste par rétention, d'autres auteurs pensent que les conduits dilatés se rompent et que le lait altéré se répand dans le tissu cellulaire, qu'il enflamme.

Telle est la doctrine de l'*engorgement lacteux*, dans laquelle on retrouve encore la trace de l'opinion du vulgaire sur les conséquences du *lait répandu*. Cette doctrine surannée ne résiste pas à un examen sérieux. Il existe en réalité une sorte d'engorgement physiologique des mamelles qui survient peu après l'accouchement, qui parfois s'exagère et s'accom-

paigne de gonflement considérable, de douleurs et même de fièvre. Cet état, que l'on observe surtout chez les femmes qui ne nourrissent pas, tient évidemment à la congestion excessive des mamelles, à la réplétion des conduits de la glande par les produits nouveaux de la sécrétion, mais ce n'est pas une inflammation véritable, et le nom de *mammite post-puerpérale non suppurante*, qui lui a été donné par le professeur Gosselin, ne me paraît pas heureux. Il a cependant le mérite de faire ressortir cette particularité que l'engorgement physiologique des mamelles ne suppure pas, ce qui est parfaitement exact.

Comment concilier avec cette donnée la doctrine du prétendu engorgement laiteux, auquel on a fait jouer un rôle si important dans la pathogénie des abcès du sein chez les nouvelles accouchées? Dans cette théorie toute mécanique, les gerçures du sein agiraient en gênant l'allaitement ou même en obligeant la femme à le suspendre complètement. N'est-il pas plus rationnel de voir dans ces crevasses du mamelon et de l'aréole, qui parfois pénètrent jusqu'aux conduits galactophores, le point de départ d'une inflammation, laquelle se transmet de proche en proche jusqu'aux lobules de la glande? N'est-ce pas ce que l'on observe à peu près constamment dans toutes les inflammations glandulaires, à la parotide, au testiculé, etc.?

En résumé donc nous pensons que, dans l'immense majorité des cas, les phlegmons parenchymateux de la mamelle, chez les nouvelles accouchées et les nourrices, se développent suivant le même mécanisme que la plupart des inflammations glandulaires, c'est-à-dire qu'ils succèdent à la propagation de la phlegmasie, partie du mamelon et de l'aréole et transmise aux conduits galactophores, aux lobules, et de là au tissu cellulaire péri-lobulaire. Dans les cas relativement peu nombreux où le point de départ primitif au mamelon et à l'aréole paraît faire défaut, il me semble encore plus logique d'admettre que la glande congestionnée puisse, sous l'influence de causes générales ou locales, franchir les bornes de l'état physiologique et passer à l'inflammation plutôt que d'avoir recours à la théorie mécanique de l'engorgement laiteux.

SYMPTOMATOLOGIE. — Le début du phlegmon parenchymateux du sein est parfois précédé de malaise, de frissons. Tantôt la phlegmasie semble envahir d'emblée la totalité de la mamelle, tantôt elle est primitivement limitée à une portion circonscrite de la glande.

Dans le premier cas, la mamelle est uniformément tendue, rénitente, chaude, douloureuse; c'est là le prétendu engorgement laiteux décrit par quelques auteurs, et que l'on doit considérer comme une mammite à son début.

Lorsque l'inflammation est primitivement localisée, comme il existe à peu près constamment une crevasse du mamelon, on pourra constater que la douleur et le gonflement occupent le segment de la mamelle correspondant à la partie du mamelon ou de l'aréole qui est le siège de la crevasse. Au même niveau, on sent profondément un ou plusieurs

noyaux d'induration entourés d'un empâtement diffus qui peut s'étendre les jours suivants et gagner les portions avoisinantes de la mamelle.

L'aspect ultérieur de la maladie varie suivant que la phlegmasie reste localisée ou s'étend au tissu cellulaire périglandulaire. Tantôt, en effet, on voit se dessiner les symptômes habituels d'un abcès circonscrit (augmentation de la tuméfaction, tension et rougeur de la peau, fluctuation); tantôt le tissu cellulaire péri-glandulaire participant à l'inflammation de la glande, on constate tous les signes du phlegmon diffus de la région mammaire qui a été décrit précédemment.

Entre ces deux formes d'abcès glandulaires se place une variété intermédiaire, caractérisée par le développement successif d'abcès multiples, et qui reconnaît pour cause l'inflammation suppurative de lobules isolés de la glande. Velpeau a observé sur le même sein jusqu'à trente abcès qui se sont succédé dans l'espace de deux mois; le sein criblé d'ouvertures pouvait être comparé à une pomme d'arrosoir.

Abandonnés à eux-mêmes, les abcès glandulaires s'ouvrent spontanément; mais cette terminaison se fait plus ou moins longtemps attendre, suivant que le point de départ est plus ou moins profond. Ces abcès offrent souvent une cavité anfractueuse, en rapport avec la disposition irrégulière des loges creusées dans l'épaisseur de la glande mammaire. Velpeau a décrit sous le nom d'*abcès en bouton de chemise* ou *en bissac* des collections purulentes composées de deux loges, l'une sous-cutanée, l'autre intra-glandulaire, communiquant ensemble par une ouverture plus ou moins étroite. Dans ces conditions, la quantité de pus évacué est quelquefois beaucoup plus considérable qu'on n'aurait pu le supposer tout d'abord.

Le plus souvent le pus de ces abcès est franchement phlegmoneux; il n'est pas rare qu'il renferme une certaine quantité de lait, ce qui s'explique par la destruction de quelques conduits lactés. Dans quelques circonstances mal déterminées, il devient fétide et se mélange de gaz. Velpeau a observé ce phénomène en l'absence certaine de toute communication de l'abcès avec l'air extérieur et avec les cavités respiratoires. Dans une observation rapportée par Cazeaux, un abcès très-volumineux contenait du gaz en si forte proportion qu'avant d'être ouvert il donnait lieu à un véritable gargouillement.

Lorsque l'abcès est peu profond, sans clapiers anfractueux, la guérison marche régulièrement après l'ouverture du foyer. Dans les conditions contraires, les ouvertures tendent à rester fistuleuses, et peuvent persister indéfiniment, en fournissant parfois un écoulement plutôt séreux que véritablement purulent.

DIAGNOSTIC. — Au début, il sera le plus souvent facile de distinguer entre elles les diverses variétés de phlegmon du sein: le gonflement superficiel, la rougeur de la peau, caractérisent le phlegmon du tissu cellulaire sous-cutané; le soulèvement en masse de la glande, parfois sans rougeur de la peau, est propre au phlegmon sous-mammaire;

quant à la mammite proprement dite, on devra se rappeler qu'elle est souvent précédée d'un engorgement de la glande même, suivi bientôt de l'apparition de bosselures profondes, douloureuses, sans changement de couleur de la peau.

A une période plus avancée, lorsque l'inflammation s'est propagée au tissu cellulaire péri-glandulaire, et que la suppuration est survenue, il devient à peu près impossible d'affirmer le point de départ, car la collection purulente revêt fréquemment les caractères des abcès superficiels et profonds, la région mammaire représente même parfois l'aspect d'une véritable poche purulente. Dans ces cas, les commémoratifs viendront en aide pour établir le diagnostic, et, d'ailleurs, on pourra presque toujours admettre, sans courir le risque de se tromper, que le point de départ de ces inflammations est la glande même.

TRAITEMENT. — Le traitement prophylactique des phlegmons glandulaires du sein consiste principalement dans l'emploi des moyens que nous avons indiqués pour prévenir le développement des gerçures du mamelon, ou pour amener leur prompt guérison lorsqu'elles existent.

Dans le cas de mammite confirmée, il est rare que les résolutifs parviennent à prévenir la terminaison par suppuration. Aussi devra-t-on se borner à l'emploi des moyens peu violents, tels que : applications émollientes, onctions mercurielles belladonnées, compression méthodique.

Lorsque l'abcès est formé, doit-on donner issue au pus ou le laisser s'ouvrir spontanément une voie à l'extérieur? Cette question a été diversement résolue par les chirurgiens, ou du moins ils ont émis des avis contraires relativement à l'époque où il convient d'intervenir ; les uns se comportant pour les abcès du sein comme pour ceux des autres régions du corps ; les autres conseillant d'attendre que les collections purulentes soient devenues très-superficielles. La temporisation a été surtout préconisée par le professeur Gosselin qui la pousse à ses dernières limites, et conseille, au moins dans la pratique hospitalière, de laisser ces abcès s'ouvrir spontanément, dans la crainte de déterminer des érysipèles en portant le bistouri sur la région mammaire. Nous ne pouvons accepter sans réserve cette pratique. Outre que ces craintes relatives à l'érysipèle nous semblent entachées d'une certaine exagération, nous pensons que la temporisation excessive expose à des accidents, à des décollements étendus, à des fistules, et prolonge indéfiniment les souffrances des malades, et nous estimons que l'ouverture artificielle des abcès du sein, dès que le pus se trouve nettement collecté, est préférable à la temporisation et à l'ouverture spontanée.

Dans un grand nombre de cas, une seule incision est insuffisante, et il est nécessaire de faire une ou plusieurs contre-ouvertures pour assurer le libre écoulement du pus et prévenir sa stagnation dans les clapiers anfractueux. Le drainage peut rendre les plus grands services, en remplissant ces indications et en évitant les larges incisions. Il importe de se rappeler que, dans l'ouverture des abcès du sein,

on doit toujours pratiquer les incisions suivant une direction oblique, représentée par une ligne partant de l'aréole pour se rendre à la circonférence de la mamelle ; sans cette précaution, on s'exposerait à léser les conduits galactophores.

La compression méthodique du sein, après l'ouverture spontanée ou artificielle de l'abcès, peut aider utilement à la guérison et prévenir la persistance de trajets fistuleux ; à ces moyens locaux on peut joindre l'usage de quelques dérivatifs sur le tube digestif, et surtout celui des médicaments toniques. Enfin, lorsque l'abcès glandulaire existe, chez une nourrice, il est prudent de suspendre l'allaitement du côté du sein malade, dans la crainte que l'absorption par l'enfant d'un lait altéré puisse lui être nuisible. Cette prescription est d'ailleurs souvent rendue inutile par la douleur que détermine chez la nourrice l'approche de l'enfant.

D. *Abcès froids.*

Ces abcès, qui occupent généralement le tissu cellulaire rétro-mammaire, sont le plus souvent symptomatiques et résultent d'une lésion des côtes ou de leur périoste ; leur étude ne doit pas être séparée de celle que nous avons consacrée aux *abcès des parois thoraciques* (voy. p. 534). On a signalé une variété d'abcès chroniques sous-mammaires, caractérisés par la communication avec une caverne tuberculeuse du poumon. Ces abcès sont presque toujours le siège d'un gargouillement et d'une crépitation caractéristique.

Enfin on peut observer à la région mammaire, à la suite d'une inflammation chronique, des collections purulentes idiopathiques, à développement lent et insidieux, accompagnées de tuméfaction indolente, sans changement de couleur de la peau, dont le diagnostic est parfois entouré de grandes difficultés. On a pu croire, dans quelques cas, à l'existence d'une tumeur de nature maligne. Cette erreur s'expliquerait par la marche lente de la maladie, par l'induration de la région mammaire, l'absence ou l'obscurité de la fluctuation. Dans une observation due à Marjolin et Laugier, une ponction exploratrice permit de juger de la véritable nature de la maladie, et cette conduite devrait être suivie dans les cas douteux.

Ces abcès renferment parfois une énorme quantité de pus, offrant les caractères du liquide contenu dans les abcès froids. Leur traitement ne donne lieu à aucune indication particulière.

§ II. — **Fistules.**

On a décrit à la région mammaire des fistules *laiteuses*, *séro-muqueuses* et *purulentes*.

1° Les *fistules laiteuses* se rencontrent surtout au voisinage de l'aréole