

traumatiques menaçant de devenir mortelles, de tumeurs, de corps étrangers, de gangrène et d'abcès pulmonaire, mais surtout de tuberculose à son premier stade, alors qu'elle n'atteint qu'un lobe pulmonaire d'un ou des deux côtés. Biondi, au dire de Kœnig, a même, chez un animal, provoqué une tuberculose locale dans un poumon et a extirpé ensuite avec plein succès l'organe malade.

Toutes ces expériences ont pu exciter un enthousiasme passager; elles n'ont pas fait avancer d'un pas la thérapeutique des affections pulmonaires chez l'homme. La résection du poumon pourrait être appliquée à deux ordres d'affections: aux tumeurs et aux affections tuberculeuses.

Les tumeurs du poumon, les kystes hydatiques mis à part, sont des tumeurs malignes le plus souvent secondaires. Il y a cependant des tumeurs primitives: lymphomes, sarcomes, carcinomes; mais lorsque celles-ci ont atteint un volume suffisant pour être diagnostiquées, leur ablation exigerait des délabrements qui sans aucun doute entraîneraient la mort immédiate. La pneumectomie pour tumeur n'a trouvé son emploi chez l'homme que dans un cas très particulier, celui de Krœnlein, qui, enlevant un sarcome récidivé de la paroi costale, fut conduit à faire une grande perte de substance à la plèvre pariétale. Par la large fenêtre qu'il venait de créer, il aperçut une petite tumeur du poumon qu'il excisa avec une portion peu étendue de l'organe.

Pour ce qui touche la résection du poumon tuberculeux chez l'homme, qui n'a du reste été pratiquée que trois fois, je ne saurais, malgré mon peu de goût pour les excommunications, cacher la répugnance qu'elle m'inspire. Je dirais volontiers, avec Kœnig, que pour pratiquer ces opérations, il faut faire abstraction complète de toutes les connaissances acquises en pathologie, et que nous devons protester contre ces tentatives tout à fait injustifiables.

## MAMELLE

Par le D<sup>r</sup> PIERRE DELBET

Professeur agrégé. — Chirurgien des hôpitaux.

### CHAPITRE PREMIER

#### ANOMALIES

Les anomalies de la mamelle sont congénitales ou acquises. Les anomalies congénitales peuvent se faire par défaut ou par excès. Dans le premier cas, les deux mamelles, ou plus souvent l'une d'elles manquent. C'est l'état que l'on désigne sous le nom d'*amazie*. Dans le second cas, outre les deux mamelles normales, il existe une ou plusieurs mamelles surnuméraires. Cette anomalie porte le nom de *polymastie* ou *pleiomastie*.

Les anomalies acquises sont également de deux ordres: l'atrophie et l'hypertrophie.

A ces anomalies anatomiques il faut ajouter les anomalies physiologiques, ou anomalies de la sécrétion.

#### I

##### ANOMALIES CONGÉNITALES

###### A. — AMAZIE

L'absence des deux mamelles est d'une extrême rareté. Elle est le plus souvent compliquée de graves malformations du thorax, incompatibles avec la vie. Il n'existe guère que quatre observations d'amazie double ne s'accompagnant pas d'autres malformations du thorax. Ce sont celles de Wylie, Batchelor, Hutchinson, Pilcher. Dans ce dernier cas, il s'agissait d'un hermaphrodite mâle.

L'absence d'une seule mamelle est un peu moins rare, et sauf dans deux cas, elle n'a été jusqu'ici observée que chez la femme. Elle s'accompagne parfois de malformations plus ou moins graves de la moitié correspondante du thorax. Dans un cas de Fœrster, le membre supérieur faisait défaut, et il existait une fente par laquelle sortaient les viscères thoraciques et abdominaux. Dans l'observation de Froriep, les 5<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> côtes étaient incomplètement développées, le grand pectoral était réduit à sa portion claviculaire, le petit manquait complè-

tement, et les intercostaux correspondants étaient remplacés par du tissu fibreux. De même, dans le fait de Ried, la paroi thoracique était incomplètement formée.

L'absence de la mamelle a été également observée chez des femmes d'ailleurs bien conformées. Puech<sup>(1)</sup> en a réuni une dizaine d'exemples. Chez une vieille mendicante de soixante-quatre ans, qui avait eu un enfant, Scanzoni a observé, avec l'absence complète de la mamelle gauche, celle de l'ovaire correspondant. Bien que quelques observations du même genre aient été publiées, il est impossible de dire s'il existe un rapport constant ou seulement fréquent entre l'amazie et les malformations des organes génitaux internes. Nos connaissances sur les causes de cette anomalie se réduisent à l'hypothèse de Froriep, qui pense que la pression exercée par le bras du fœtus sur la région pectorale peut empêcher la mamelle de se développer.

L'absence isolée du mamelon (*athélie*) a été observée un certain nombre de fois sur des mamelles normales. Elle n'est point rare sur les mamelles sur-numéraires. Les conduits galactophores viennent s'ouvrir au fond d'une petite cavité qui occupe le centre de l'aréole. Il s'agit là d'un simple arrêt de développement, du reste extrêmement rare. Velpeau n'en connaissait pas d'exemple. Puech<sup>(2)</sup> cite ceux de Paullini, de Lentilius, Ledel, Louisier.

Plus fréquemment que l'absence de mamelon, se rencontrent diverses malformations, qui rendent l'allaitement difficile ou impossible. Bien que ces malformations ne méritent pas le nom de congénitales, j'en parlerai cependant ici pour ne pas scinder ce petit sujet. On en peut distinguer trois variétés : 1° brièveté; 2° ombilication; 3° invagination du mamelon.

Quant à l'imperforation, ou absence des conduits excréteurs, elle n'est pas démontrée. Comme le fait remarquer Puech, le fait rapporté par Gérard Blaes, et qui est, je crois, unique, n'est pas très démonstratif.

Il n'est pas rare que le mamelon soit trop court pour permettre l'allaitement. Mais on arrive souvent par des moyens très simples à lui rendre une longueur suffisante pour que l'enfant puisse le saisir. Telle l'excitation mécanique qui provoque l'érection, les tractions, la succion, qu'on peut faire pratiquer par un enfant déjà vigoureux, ou même par une femme. C'est dans beaucoup de villes ou de villages une spécialité de commères. On a recours aussi quelquefois à un jeune chien, procédé qui expose à faire contaminer le mamelon par la bouche septique de l'animal. A défaut d'enfant ou de commère, on pourrait avoir recours à l'artifice imaginé, si l'on en croit Amatus Lusitanus, par une dame vénitienne du xvi<sup>e</sup> siècle. Il consiste à appliquer sur le mamelon le goulot d'une bouteille préalablement chauffée, qui agit à la manière d'une ventouse. Mais il est préférable d'exercer la succion par l'intermédiaire d'une pipe en terre, comme on le fait encore dans les campagnes, ou mieux avec une des innombrables tétérèlles qui ont été imaginées.

L'*ombilication* du mamelon est plus rare. Dans cette malformation, le mamelon est bien conformé, mais tout autour de lui existe une dépression limitée par un bourrelet périphérique saillant, comme on peut s'en rendre compte sur la figure 152, qui représente en coupe cette disposition. Le mamelon enfoui, comme la cicatrice du cordon dans la dépression ombilicale, ne peut être saisi par

(1) PUECH, *Les mamelles et leurs anomalies*. Paris, 1876.

(2) PUECH, *loco citato*, p. 66.

l'enfant. Contre cette malformation, on peut avoir recours aux moyens usités en cas de brièveté simple. Mais ils sont alors moins efficaces. S'ils échouaient et que la femme tint beaucoup à nourrir, on pourrait avoir recours à une opération très simple et sans gravité, qui a été imaginée par Kehrer. Voici en quoi elle consiste. Sur le bourrelet saillant, qui limite la dépression au fond de laquelle le mamelon est caché, on enlève soit

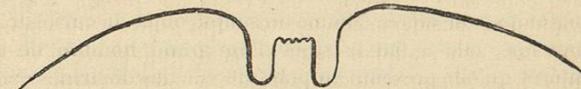


FIG. 152.

un anneau de peau, soit deux croissants à concavité dirigée du côté du mamelon et situés l'un au-dessus, l'autre au-dessous de lui (fig. 155). On rapproche les deux lèvres qui circonscrivent la surface cruentée par l'ablation de l'anneau ou des croissants de peau, et la traction ainsi exercée déprime le bourrelet et

fait surgir le mamelon. L'expérience a prouvé que cette *mamillaplastie* pouvait être efficace, et même d'une efficacité durable. Herman<sup>(1)</sup> l'a pratiquée cinq jours après le second accouchement sur une femme qui n'avait pu nourrir son premier enfant avec le sein droit. Il enleva deux croissants de peau. Cette femme étant venue deux ans après accoucher, dans le même hôpital, de son

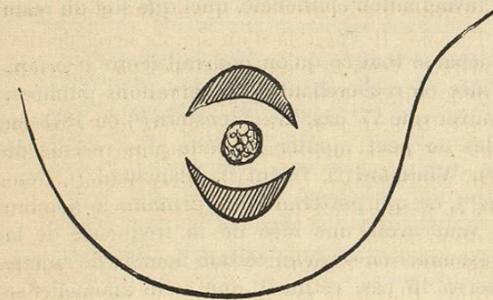


FIG. 155.

troisième enfant, Herman put constater que le résultat obtenu avait persisté, et que l'allaitement était resté facile.

L'*invagination* du mamelon n'est qu'un degré plus avancé de l'ombilication. Elle en diffère en ce que le sillon est plus profond et surtout en ce que le mamelon lui-même est partiellement ou complètement retourné comme un doigt de gant.

Cette invagination se rencontre sur les femmes d'un certain âge dont les mamelles sont volumineuses et pendantes. Il semble que le mamelon, retenu par les canaux galactophores, n'ait pu suivre la descente des téguments voisins. Il est alors remplacé par un trou circulaire parfois profond de plusieurs centimètres. Si l'on tire la peau excentriquement tout autour de ce trou, on voit peu à peu le mamelon paraître, sortir et se reconstituer. Mais il s'invagine de nouveau dès qu'on l'abandonne à lui-même. Au fond de la dépression ainsi formée s'accumulent, chez les personnes peu soigneuses, un mélange de poussière et de cellules épidermiques desquamées, qui peut déterminer des inflammations analogues à celles qu'on observe au niveau de l'ombilic.

(1) HERMAN, *Lancet*, 6 juillet 1889, p. 12.

## B. — POLYMASTIE

La *polymastie* ou *pleiomastie* est de toutes les anomalies congénitales de la mamelle la plus fréquente. Connue dès les temps les plus anciens<sup>(1)</sup>, elle a été longtemps considérée comme un simple objet de curiosité. Mais, depuis quelque vingt ans, elle a fait le sujet d'un grand nombre de travaux, en raison de l'intérêt qu'elle présente au point de vue des doctrines évolutionnistes.

Tous les auteurs séparent la *polythélie* de la *polymastie*. La *polythélie* serait caractérisée par la présence de plusieurs mamelons sur le sein normal. Cette distinction avait quelque intérêt quand on croyait pouvoir expliquer la *polythélie* par un défaut de convergence des canaux galactophores. Mais comme on sait aujourd'hui que ces canaux se développent, non pas de dedans en dehors, mais bien au contraire de dehors en dedans par une invagination du feuillet épidermique, elle n'a plus de raison d'être. Ce qui caractérise en effet la *polymastie*, c'est la multiplicité des centres d'invagination épithéliale, quel que soit du reste le siège de ces centres.

La fréquence de la *polymastie* dépasse tout ce qu'on pourrait croire *a priori*, et l'on ne saurait s'en faire une idée en recherchant les observations publiées. Puech en 1876 n'avait pu en trouver que 77 cas, Leichtenstern<sup>(2)</sup> en 1878 en relève 92 observations, auxquelles on peut ajouter les faits plus récents de Hamy, Hartung<sup>(3)</sup>, Quinquaud<sup>(4)</sup>, Whiteford<sup>(5)</sup>, Testut<sup>(6)</sup>, Blanchard<sup>(7)</sup>, Neugebauer<sup>(8)</sup>, Barthe<sup>(9)</sup>, Engstrom<sup>(10)</sup>, ce qui porterait à une centaine le nombre des cas de *polymastie*. Si l'on veut avoir une idée de la fréquence de la *polymastie*, il faut la chercher et examiner en série un certain nombre de sujets. Leichtenstern, qui en avait observé 15 cas, estimait que cette anomalie se rencontrait une fois sur 500 sujets. Il était fort au-dessous de la vérité. Mitchell Bruce<sup>(11)</sup>, dans une première série, a examiné 5956 individus; il en a trouvé 61 présentant un ou plusieurs mamelons surnuméraires, et encore beaucoup d'examenés ont été incomplets, parce qu'il n'a pas été possible de faire suffisamment dévêtir les malades. Dans une seconde série, composée seulement de 515 individus, mais tous complètement examinés, il a trouvé 28 cas de *polymastie* (dont 4 un peu douteux). Cette anomalie se rencontrerait donc environ 7 fois sur 100 sujets. Pitzorno<sup>(12)</sup> est du même avis. Thierry<sup>(13)</sup> était arrivé à une proportion encore plus considérable. Sur 185 malades, il a trouvé 29 cas de *polymastie*. Mais il faut dire qu'il considère un simple poil ou une simple tache pigmentaire comme représentant un mamelon.

Le second point très curieux de cette anomalie, c'est qu'elle se rencontre

(1) Il est classique de rappeler que la mère de l'empereur Sévère a dû à cette anomalie son nom de Julia Mammæa, et qu'Anne de Boleyn avait trois mamelles.

(2) LEICHTENSTERN, *Virchow's Archiv*, vol. LXXIII, p. 222.

(3) HARTUNG, Thèse d'Erlangen, 1875.

(4) QUINQUAUD, *Revue phot. des hôp.*, t. II, p. 18, 1870.

(5) WHITEFORD, *The Chicago med. Journal and exam.*, mai 1884, p. 528.

(6) TESTUT, *Bull. de la Soc. d'anthrop.*, 1885, t. VI, p. 649.

(7) R. BLANCHARD, *Bull. de la Soc. d'anthrop.*, 19 mars 1884, p. 226.

(8) NEUGEBAUER, *Centralblatt für Gyn.*, 6 nov. 1886, p. 729.

(9) BARTHE, *Virchow's Archiv*, t. CXII, p. 568.

(10) ENGSTROM, *Ann. de gynéc.*, 1889, p. 280.

(11) MITCHELL BRUCE, *Journal of anat. and physiol.*, vol. XIII, 1879, p. 425.

(12) PITZORNO, *Riforma medica*, 1896.

(13) Communication personnelle.

plus souvent chez les hommes que chez les femmes. Leichtenstern soupçonnait déjà le fait. Les chiffres de Mitchell Bruce l'établissent péremptoirement. Sur 207 hommes, 9,11 pour 100 avaient au moins un mamelon surnuméraire; sur 104 femmes, 4,8 pour 100 seulement étaient dans le même cas. La *polymastie* serait donc au moins deux fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

L'influence de l'hérédité est très manifeste dans certains cas (Pétrequin, Blanchard, Marie). Marie<sup>(1)</sup> a même montré qu'il existait dans certaines familles une sorte de tendance à la création d'un type *polymaste*.

L'état anatomique des mamelles surnuméraires est très variable; on peut en distinguer trois degrés :

- 1° Mamelon sans mamelle;
- 2° Mamelon sans mamelle;
- 3° Mamelon complète.

Les mamelons isolés sont parfois très atrophiés et il peut devenir difficile de les distinguer d'un *nævus* ou d'une simple tache pigmentaire. Mais cela n'autorise pas à considérer les taches pigmentaires comme des mamelons surnuméraires. Quant aux mamelles complètes, elles sont habituellement peu développées, atrophiées, et si elles donnent du lait c'est en petite quantité. Il y a cependant des exceptions : chez une malade de Tarnier les quatre mamelles étaient également développées et donnaient autant de lait les unes que les autres. Dans le cas de Quinquaud, le lait sécrété par les mamelles axillaires était abondant et seulement un peu moins riche en corps granuleux et en globules laiteux que le lait des vraies mamelles. Enfin la malade de Robert put nourrir son enfant avec une mamelle située sur la face externe de la cuisse.

Le siège des mamelles accessoires paraît au premier abord extrêmement variable. On en a, en effet, observé sur le dos, au niveau de l'acromion, dans l'aisselle, sur la paroi thoracique antérieure au-dessous de la mamelle normale, dans la région inguinale, dans la grande lèvre, sur la paroi externe de la cuisse et à la face<sup>(2)</sup>. Cette multiplicité de siège a fait longtemps considérer les mamelles accessoires comme un simple accident, comme un jeu de la nature, suivant l'expression ancienne. Elle avait fait hésiter Darwin lui-même dans leur interprétation. Il est bien certain, suivant la remarque de Bland Sutton<sup>(3)</sup>, que si l'on acceptait sans réserve que toutes les mamelles surnuméraires sont dues à une anomalie réversible, on serait conduit à imaginer un ancêtre couvert de mamelles, et plus richement pourvu sous ce rapport que les antiques statues de Diane d'Éphèse.

Mais il importe d'y regarder de plus près. On voit alors que les mamelles dorsales n'ont été observées que deux fois, la mamelle acromiale une seule fois (Klob) et de même la mamelle fémorale (Robert), la mamelle vulvaire (Hartung) et la mamelle inguinale (Muralt). Je ne cite que pour mémoire les mamelles qui ont été trouvées dans des kystes dermoïdes<sup>(4)</sup> et qui n'ont rien à voir dans la question.

Les mamelles axillaires sont un peu plus fréquentes. Mais il est absolument faux de dire avec Godfrain<sup>(5)</sup> que le siège le plus habituel des mamelles sur-

(1) MARIE, Société méd. des hôpitaux, 1895.

(2) ADOLPH BARTH, *Virchow's Archiv*, t. CXII, p. 568.

(3) BLAND SUTTON, *Amer. Journal of med. sciences*, 1889, p. 247.

(4) BLAND SUTTON, *Trans. of the path. Soc. of London*, 1888, p. 457.

(5) GODFRAIN, Thèse de Paris, 1877.