

la naissance de son premier enfant, eut une sécrétion de lait tellement abondante qu'elle put nourrir six enfants lui appartenant et huit étrangers. Elle fut toujours régulièrement menstruée pendant l'allaitement, et à quatre-vingt-un ans elle avait encore du lait. Cette galactorrhée peut se faire par un seul sein, comme dans le cas de Gibbons⁽¹⁾. Le sein droit se tarit, mais le sein gauche continua à donner 600 grammes de lait par jour pendant onze mois.

3° *Lactation hétérochrone.* — Depuis les recherches de Scanzoni⁽²⁾, de Natalis Guillot⁽³⁾, de Gübler⁽⁴⁾, de De Sinety⁽⁵⁾, on sait que chez les nouveau-nés il y a d'une manière à peu près constante production d'une petite quantité de lait. Toute sécrétion lactée qui se produit après la naissance et en dehors de la gestation mérite le nom de sécrétion hétérochrone. Ces sécrétions anormales ont été l'objet de plusieurs monographies. Je citerai surtout celles de Capron⁽⁶⁾ et de Duval⁽⁷⁾. De la naissance à la puberté, les faits de sécrétion lactée sont rares. On cite toujours les 2 cas de Baudelocque et de Pauli. Le premier est le plus remarquable : il s'agit d'une petite fille qui allaita un enfant de quelques mois alors que la mère était empêchée de le faire par des crevasses. Au moment de la puberté, il n'est pas rare de voir les seins fournir quelques gouttes de liquide; mais ce n'est pas là du lait véritable. Entre la puberté et la ménopause, et même au delà de la ménopause, il y a d'assez nombreux exemples de femmes vierges, nullipares ou multipares, qui ont présenté, en dehors de la grossesse, une sécrétion lactée plus ou moins abondante. C'est là un chapitre qu'il serait facile d'égayer de nombreuses anecdotes. Il est plus intéressant de chercher quelle peut être la cause de ces sécrétions hétérochrones. Dans un grand nombre de cas, la sécrétion est le résultat direct d'une excitation mécanique portée sur le sein ou sur le mamelon. Une jeune fille, une jeune femme donne le sein à un nourrisson pour l'apaiser, et bientôt ce sein se remplit. La possibilité d'établir la sécrétion du lait par l'excitation mécanique est bien connue. Cl. Bernard⁽⁸⁾ la signale; elle est industriellement employée pour les femelles laitières, particulièrement pour les chèvres. Quand la sécrétion hétérochrone survient sans excitation mécanique, elle est plus difficile à expliquer. Dans certains cas, elle a paru liée à des altérations des organes génitaux, utérus ou ovaires, mais on ne peut affirmer qu'il en soit toujours ainsi. Je ne parlerai naturellement pas ici de la sécrétion minime qui marque le début de certaines tumeurs.

4° *Lactation chez l'homme.* — J'ai déjà dit que chez les nouveau-nés, à quelque sexe qu'ils appartiennent, les mamelles sont le siège d'une poussée congestive, qui amène la production d'une petite quantité de lait véritable. Hors ce fait, l'histoire de la lactation chez l'homme n'est qu'un chapitre de la gynécomastie. On en a rapporté un assez grand nombre d'exemples⁽⁹⁾ qui n'ont guère qu'un intérêt anecdotique. Elle peut se produire à tous les âges. Schacher l'a observée chez un sexagénaire et chez un enfant de neuf ans. Toutefois, il ne faudrait pas croire que la lactation soit forcément liée à la gynécomastie.

(1) GIBBONS, *Obstr. Soc. of London*, février 1887.

(2) SCANZONI, *Verhandl. der phys.-med. Gesell. zu Würzburg*, t. II, n° 19, p. 852.

(3) M. GUILLOT, *Arch. gén. de méd.*

(4) GÜBLER, *Mém. de la Soc. de biol.*, 2^e série, t. II.

(5) DE SINETY, *Arch. de physiol.*, 1875.

(6) CAPRON, Thèse de Paris, 1877.

(7) DUVAL, Thèse de Paris, 1881.

(8) CLAUDE BERNARD, *Leçons sur les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des liquides de l'organisme.*

(9) Quelques-uns même ont été recueillis chez les animaux mâles.

Cliquet⁽¹⁾ a tenté, chez un soldat dont les seins s'étaient hypertrophiés à la suite d'une orchite traumatique, de déterminer la sécrétion par des efforts de succion répétés, toutes ses tentatives échouèrent. Par contre, si l'on en croit certains récits d'un caractère un peu légendaire, la succion pourrait déterminer la production de lait et le gonflement de la glande, chez des individus qui n'étaient pas antérieurement gynécomastes. Humboldt⁽²⁾ raconte qu'un homme, ayant donné plusieurs fois le sein à son enfant pour le calmer pendant que sa mère était malade, vit survenir une sécrétion assez abondante et assez riche pour suffire à l'alimentation de l'enfant.

CHAPITRE II

LÉSIONS TRAUMATIQUES

I

CONTUSIONS

Les contusions du sein sont fréquentes. La situation, la saillie, le volume de l'organe, l'exposent tout particulièrement aux violences extérieures. Il n'est pas de femme qui ne se soit heurté le sein ou qui n'y ait reçu quelque coup. Dans l'immense majorité des cas, ces contusions n'ont aucune conséquence fâcheuse. Une douleur vive au début, qui va s'atténuant pour disparaître bientôt, et c'est tout. Les femmes gardent cet incident enfoui dans leur mémoire pour l'en sortir avec complaisance si ultérieurement quelque affection leur survient à la mamelle. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Les contusions peuvent altérer immédiatement l'organe, rompre quelques vaisseaux ou canaux glandulaires, ou bien déterminer des processus phlegmasiques insidieux, à évolution lente, qui présentent un grand intérêt, mais qui sont très mal connus. Il faut donc distinguer les suites immédiates des contusions et leurs suites éloignées.

Les contusions au premier degré produisent la rupture de quelques petits vaisseaux. S'il s'agit de vaisseaux sous-cutanés, une ecchymose ne tarde pas à apparaître, dont les caractères ne présentent rien de particulier. S'il s'agit de vaisseaux profonds, l'ecchymose est plus lente à se montrer. Le sang s'infiltré dans la glande, et ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'il arrive sous la peau et révèle sa présence par la coloration habituelle. Dans ce cas, il a plus de tendance à cheminer en arrière de la glande qu'à la traverser d'arrière en avant; il arrive alors sous la peau non pas au voisinage du mamelon, mais à la périphérie du sein, généralement dans sa demi-circonférence inférieure, et l'ecchymose prend la forme d'un croissant à concavité supérieure, qui encadre le segment inférieur de la glande. Parfois⁽³⁾, le sang s'accumulerait dans le tissu cellulaire lâche et séreux qui sépare la mamelle de la paroi thoracique en quantité assez

(1) CLIQUET, *Tribune médicale*, 4 nov. 1877.

(2) HUMBOLDT, *Voyage aux régions équinoxiales du nouveau continent.*

(3) NÉLATON, t. IV, p. 4. Paris, 1857.

considérable pour soulever la glande tout entière. C'est ce que Nélaton a appelé la contusion *sous-mammaire*. Elle serait due à un coup oblique faisant glisser la mamelle en totalité sur le grand pectoral.

Lorsque la mamelle est en pleine lactation, chez les nourrices, les contusions peuvent produire un broiement du tissu glandulaire ou une déchirure des canaux galactophores et le lait s'épanche dans le tissu conjonctif.

En raison de la mobilité de la mamelle, de la laxité de son tissu, du coussin qu'elle se forme à elle-même, il est rare que la contusion atteigne le second degré et que le sang se collecte de manière à former une bosse sanguine. Il y en a cependant des exemples. L'évolution de ces bosses sanguines ne présente rien là de particulier : tantôt elles se résorbent en quelques jours, en quelques semaines; tantôt elles persistent plus longtemps, deux mois dans un cas de Velpeau⁽¹⁾, formant des tumeurs dures, dans lesquelles la fluctuation est difficile ou impossible à sentir et qui, n'étaient les commémoratifs, pourraient dérouter le diagnostic. S'il survient quelque infection secondaire, les hématomes s'enflamment et suppurent. Cette terminaison s'observe surtout chez les nourrices, lorsque par suite de la rupture des canaux glandulaires le lait s'est mêlé au sang.

Quant à l'organisation de ces hématomes et à leur transformation directe en tumeur, elle n'a plus qu'un intérêt historique. Personne ne l'admet aujourd'hui.

Parmi les suites éloignées de la contusion, il faut signaler les douleurs persistantes. Velpeau insiste sur ces faits. « On rencontre des femmes qui, ayant reçu un coup, continuent de souffrir et de se plaindre des mois entiers après disparition de toute trace matérielle de contusion. » Ces faits s'observent surtout chez les femmes névropathes et rentrent dans l'étude des mastodynies.

Les autres suites éloignées, qu'on observe parfois après les contusions les plus légères, et aussi après les contusions chroniques, présentent beaucoup plus d'intérêt. Ce sont des phénomènes inflammatoires, à peine accentués, très insidieux, très lents, tout à fait chroniques même, que Velpeau désigne sous le nom d'engorgement simple, d'engorgement partiel, et qui rentrent dans la classe aussi intéressante que mal connue des mastites chroniques. Tantôt il s'agit d'un coup même très peu violent, tantôt de pressions répétées, comme celles qui sont dues à un corset mal fait. Les douleurs persistent après le choc, et, au bout d'un temps variable, le malade constate l'existence d'une grosseur dans son sein. A l'examen, on trouve un ou plusieurs noyaux durs, ou bien un gâteau aplati, une plaque résistante, et cela plusieurs mois, plus d'une année même, après le traumatisme. On pourrait croire à une tumeur, et cependant il suffit de la compression pour que tout disparaisse. Je signale ici ces faits, j'y reviendrai en étudiant les mastites chroniques.

A côté des ecchymoses traumatiques, on observe aussi dans le sein des ecchymoses spontanées.

Ecchymoses spontanées. — Ces ecchymoses surviennent, comme leur nom l'indique, sans aucune cause traumatique appréciable. Elles sont rares, exceptionnelles, et des chirurgiens expérimentés ont pu fournir une longue carrière sans en rencontrer. Ceci n'est pas pour mettre en doute leur existence, elles ont été trop bien décrites par Cooper⁽²⁾ pour que personne ait le droit de les nier.

⁽¹⁾ VELPEAU, *Loco citato*, p. 204.

⁽²⁾ COOPER, *Œuvres chirurgicales*. Traduites par Chassaignac et Richelot. Paris, 1837, p. 555.

Velpeau dit en avoir vu et les compare aux ecchymoses sous-conjonctivales, mais il n'en cite qu'une observation explicite.

D'après Cooper, « elles surviennent ordinairement chez des jeunes filles qui sont, dans la plupart des cas, au-dessous de vingt-deux ans ». Velpeau les croit plus fréquentes « vers l'âge de retour, chez les femmes à menstruation pénible ou irrégulière ».

C'est au moment des règles qu'elles apparaissent, et elles peuvent se reproduire à plusieurs menstruations successives. Leur apparition se fait suivant deux modes très différents. Tantôt elle est précédée de vives douleurs dans la mamelle avec irradiation dans le bras. Je renvoie pour ces faits au chapitre consacré à la mastodynie. Le sein se gonfle, se tend, et la tache sanguine apparaît un peu avant ou au moment même des règles. Tantôt l'ecchymose se produit d'une manière tout à fait indolente, et c'est par hasard qu'on la remarque. Ainsi, dans le cas de Deville rapporté par Velpeau, la femme n'avait ressenti aucune douleur. « Sa poitrine ayant été découverte par hasard, on aperçut une ecchymose d'un jaune verdâtre à la partie supérieure et interne du sein gauche. »

La production des ecchymoses spontanées est toujours en relation directe avec la menstruation. Mais tantôt les règles apparaissent et la rupture vasculaire qui amène l'infiltration du sang paraît n'être qu'une simple exagération du travail congestif qui se produit dans les seins de beaucoup de femmes à cette époque, tantôt au contraire les règles n'avaient pas encore paru, ou bien encore elles venaient de s'arrêter brusquement lorsque l'ecchymose s'est développée. Il semble alors qu'il s'agisse d'une sorte de menstruation vicariante. Le mécanisme de ces poussées congestives qui se produisent dans les seins en rapport avec la menstruation normale ou troublée est tout à fait inconnu; on ne sait pas davantage comment elles peuvent entraîner des ruptures vasculaires.

La tache ecchymotique apparaît en un point quelconque de la mamelle. Souvent autour d'une tache plus largement développée et plus sombre on en trouve d'autres plus petites, moins prononcées. Leur couleur est plus ou moins sombre, rappelant « l'ecchymose qui succède à l'application des sangsues », ou bien « la tache résultant de l'extravasation sanguine sous-cutanée qui survient quelquefois à la suite de la saignée ».

La partie ecchymosée est toujours très sensible au toucher. Mais, ainsi que je l'ai déjà dit, tantôt elle est indolente spontanément, tantôt elle s'accompagne de douleurs qui s'irradient dans le bras et jusque dans le petit doigt.

L'affection ne présente aucune gravité. Le sang infiltré dans le tissu cellulaire subit les modifications habituelles, et la tache disparaît en un temps plus ou moins long après avoir passé par diverses nuances ou colorations successives. Velpeau fait quelques réserves sur le pronostic, mais elles sont fort timides : « Il ne serait pourtant pas impossible, dit-il, que les ecchymoses devinssent le point de départ, l'origine de certaines maladies sérieuses. » Tripier⁽¹⁾ va plus loin, et pense qu'on doit toujours porter un pronostic réservé. Il appuie son opinion sur une observation de Cooper. Cette observation, Cooper l'a bien publiée dans son petit mémoire sur l'ecchymose du sein⁽²⁾, mais c'est en quelque

⁽¹⁾ TRIPIER, *Dictionnaire encyclop. des sciences méd.*, 2^e série, t. IV, p. 582.

⁽²⁾ COOPER, *Loco citato*, p. 556, obs. 492.

sorte par mégarde, car il n'y est pas question d'ecchymose, mais bien d'écoulement de sang par le mamelon, écoulement qui fut, comme cela arrive parfois, le premier symptôme d'une tumeur. Nous pouvons dire de l'ecchymose spontanée du sein ce que Cooper en disait lui-même : « Cette affection est tout à fait exempte de danger. »

Quant au traitement, il doit être fort simple. Les sangsues qu'on employait libéralement autrefois sont au moins inutiles. Quelques onctions calmantes, s'il y a de la douleur, un peu de compression pour favoriser la résorption du sang, et cela suffit. Mais il ne faut pas manquer de remonter à la cause du mal, d'examiner les organes génitaux; et c'est le plus souvent de ce côté que le véritable traitement devra être dirigé.

II

PLAIES DU SEIN — BRULURES

Lorsque l'instrument vulnérant qui frappe la mamelle traverse la paroi thoracique, ouvre la plèvre, pénètre dans le poumon, la lésion de la glande passe au second plan : c'est d'une plaie pénétrante de poitrine qu'il s'agit. Je laisse ces faits complètement de côté. Quant aux plaies limitées à la mamelle, elles ne présentent pas grand intérêt en dehors de la lactation. L'hémorragie est généralement peu considérable, et elle ne pourrait devenir embarrassante que si elle avait pour origine une plaie très profonde et très étroite.

Pendant la lactation, les plaies du sein présentent un peu plus d'intérêt : d'une part, parce qu'elles s'infectent plus facilement; d'autre part, parce qu'elles s'accompagnent fatalement, pour peu qu'elles soient profondes, de l'ouverture des canaux lactifères. L'ouverture des culs-de-sac glandulaires ou des canaux de petite dimension n'a généralement aucune suite fâcheuse. Les nombreuses incisions d'abcès du sein qui se cicatrisent sans incident sont là pour le démontrer. Mais l'ouverture des canaux excréteurs plus volumineux peut être suivie de l'établissement d'une *fistule lactée*. Au début, le lait s'écoule par l'orifice, il ne tarde pas à être mêlé de pus, puis il devient plus ou moins séreux, comme si l'existence même de la fistule modifiait la sécrétion. Ces fistules sont fort gênantes pour les femmes qui allaitent. Le liquide qui en sort, et dont la quantité augmente au moment où l'enfant tette, les mouille constamment. Il est parfois difficile d'en obtenir la guérison tant que la sécrétion persiste. Chez les nourrices, il faut se défier des injections modificatrices et caustiques. Le liquide injecté pourrait pénétrer dans les canaux lactifères origine de la fistule et de là dans la bouche de l'enfant. Aussi est-on souvent obligé d'attendre ou de provoquer la fin de la lactation pour obtenir la guérison de la fistule. Mais d'ordinaire, dès que la sécrétion a cessé, la fistule se tarit et se ferme, ou bien il suffit de moyens très simples pour l'oblitérer. J'étudierai plus loin les fistules purulentes et les procédés thérapeutiques qui s'y adressent.

La facilité avec laquelle s'infectent les plaies du sein pendant la lactation est connue depuis longtemps. Les érysipèles étaient autrefois fréquents et graves. Gosselin les trouvait si redoutables qu'il avait renoncé à inciser les abcès du sein, et beaucoup de chirurgiens avaient proscrit la réunion par première

intention dans les plaies de cet organe. Il ne reste plus rien aujourd'hui de ces terreurs passées, et les plaies du sein sont soumises aux mêmes règles que celles de toute autre région. Si elles sont aseptiques, il ne faut pas hésiter à les réunir complètement. Si l'on a quelque doute, il vaut mieux les drainer; si elles sont infectées, il faut les laisser ouvertes et panser à plat, quitte à faire une réunion secondaire après les avoir désinfectées.

Les *brûlures* du sein ne sont pas très rares. Elles sont produites, soit par des liquides bouillants répandus sur la poitrine, soit par la combustion des vêtements. Le mamelon, point culminant, est particulièrement exposé, et lorsqu'il a été détruit, la cicatrice qui le remplace oblitère les canaux galactophores. Qu'arrivera-t-il dans cette glande dont les voies d'excrétion sont supprimées, si une grossesse survient? Billroth est réduit sur ce point à des suppositions. Il pense que la glande se développerait comme d'habitude pendant la grossesse, puis que, l'excrétion ne pouvant se faire, ou bien elle diminuerait de volume pour s'atrophier ensuite, ou bien il se formerait de nombreux abcès. Tripiër cherche à détruire par de simples raisonnements les hypothèses de Billroth, mais il ne cite aucun fait à l'appui de ses idées. Voici une observation de mon père, le docteur E. Delbet⁽¹⁾, qui prouve que la brûlure du mamelon suivie de l'oblitération des canaux galactophores peut avoir des conséquences sérieuses. Une enfant de dix à douze ans subit une brûlure du sein gauche qui porte sur le mamelon, l'aréole et les parties immédiatement voisines. Le mamelon est détruit et remplacé par une cicatrice. Au moment de la puberté, le sein du côté brûlé se développe un peu moins que celui du côté droit. Mais cependant il se développe d'une manière suffisante pour montrer que la glande n'a pas été détruite. Vers vingt ans, cette femme devient enceinte. Pendant la grossesse, le sein augmente un peu, mais il ne se passe rien d'anormal. Après l'accouchement, au moment de la montée du lait, il survient des douleurs extrêmement vives. La glande se gonfle, elle forme des saillies irrégulières tout autour de la cicatrice centrale. Sur la peau distendue, au voisinage de la cicatrice, apparaissent des plaques de sphacèle. Les eschares se détachent, et par les plaies qu'elles laissent en tombant le lait s'écoule en abondance. Les plaies granulent et les fistules lactées se tarissent, bien que la femme n'ait pas cessé d'allaiter son enfant avec le sein du côté opposé. Cette femme a eu ultérieurement deux autres enfants; il ne s'est plus rien produit d'anormal du côté du sein brûlé. La glande avait sans doute été complètement détruite par l'inflammation première.

Contre ces accidents, la chirurgie est à peu près désarmée. Lorsque le mamelon a été détruit par une brûlure, les soins les plus attentifs ne peuvent empêcher l'oblitération des conduits galactophores. Au moment de la montée du lait, on pourrait sans doute par des débridements diminuer les souffrances des malades et éviter le sphacèle, mais je ne sais pas s'il serait possible de rétablir les voies d'excrétion de manière à permettre l'allaitement.

(1) E. DELBET, Communication orale.