

complète. Les amputations congénitales se font dans l'utérus, elles sont multiples, disséminées un peu partout, aux doigts, aux orteils, aux bras, aux jambes, au cou, etc. Elles n'évoluent pas, les enfants naissent mutilés et restent tels. Dans l'aïnhum, l'enfant était bien constitué à la naissance; ce n'est que plus tard qu'il a été atteint. Dans les amputations congénitales, le traumatisme saute aux yeux. Dans l'aïnhum on ne peut s'empêcher de songer à une lésion du système nerveux, à une névrite, ou à une maladie parasitaire, à la lèpre. On songe aussi à la sclérodactylie. Voici les considérations par lesquelles le D^r de Brun termine sa leçon sur l'aïnhum (*Semaine médicale*, 5 sept. 1894):

« Si l'aïnhum s'éloigne manifestement des amputations congénitales, par contre, il n'est pas sans présenter quelques analogies avec la *maladie de Raynaud*: l'abaissement considérable de la température, l'engourdissement, la coloration violette du membre sont communs aux deux maladies et affectent dans les deux cas une marche paroxystique, mais les analogies s'arrêtent là et ne permettent pas de songer à une identité de nature.

L'altération et la disparition du tissu osseux au niveau de l'étranglement, les troubles trophiques sensitifs et moteurs qu'on observe au niveau du membre nous permettent d'affirmer que la constriction n'est pas, comme l'ont cru quelques auteurs, le phénomène primitif tenant en quelque sorte toute la maladie sous sa dépendance. Le sillon n'est qu'un des modes d'expression, un des symptômes — le plus singulier, sans aucun doute — de l'affection, véritable symptôme pathognomonique qui se rattache à une cause supérieure et dont il faut chercher l'explication dans un trouble du système nerveux. Nous ne pouvons malheureusement aller plus loin, et ce serait forcer les analogies que de rattacher l'aïnhum à la syringomyélie sous prétexte que la perte de la sensibilité thermique, coïncidant avec la conservation relative de la sensibilité au contact, est au nombre des symptômes que nous avons constatés. Qu'il nous suffise d'avoir prouvé que l'aïnhum est autre chose qu'une simple sclérodémie annulaire, opinion déjà soutenue par un certain nombre d'auteurs (Corre, P. Guimaraès, etc.). »

Traitement. — Il n'y a généralement rien à faire dans les amputations congénitales; dans quelques cas, cependant, on est obligé d'achever une amputation aux trois quarts accomplie, et de libérer un doigt ou un orteil qui devient une gêne.

XIII

ENGORGEMENT ET ABCÈS DE LA MAMELLE

(Mammite des nouveau-nés, mammite de la puberté)

PAR LE D^r J. COMBY

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Je décrirai, dans cet article, les fluxions, engorgements, inflammations de la mamelle à deux époques bien distinctes de l'enfance: 1^o chez les nouveau-nés; 2^o chez les adolescents. Auparavant, j'indiquerai brièvement le développement de la mamelle, en m'inspirant des recherches du D^r H. Morau, préparateur d'histologie à la Faculté de médecine de Paris (*Des fluxions physiologiques de la mamelle*. Société médicale du IX^e arrondissement, 10 novembre 1892).

Développement de la mamelle. — La mamelle apparaît, chez l'embryon de deux mois, sous forme d'un bourgeon plein, émané de la couche des cellules de Malpighi, qui s'enfonce dans le derme sous-jacent. A ce niveau, la couche superficielle de l'épiderme présente une légère encoche. Telle est la première phase du développement.

Dans une seconde phase, le bourgeon épidermique primitif se ramifie et fait pénétrer assez profondément dans le derme des bourgeons secondaires. Du côté de l'épiderme, l'encoche primitive s'est élargie et forme un *champ glandulaire* déprimé à la surface duquel s'ouvrent directement et isolément les ramifications secondaires du bourgeon primitif, qui doivent constituer les *canaux galactophores*. Cette disposition persiste chez les monotrèmes, H. Moreau l'a observée chez la souris et, chez les marsupiaux, elle est exagérée par deux replis épidermiques qui masquent le champ glandulaire de telle façon qu'il semble inclus dans une véritable poche. Dans l'espèce humaine, les choses restent ainsi jusqu'à la naissance. Après, la glande subit une nouvelle impulsion; les bourgeons secondaires se multiplient, se ramifient et, peu à peu, vers 6, 8, 12 mois, les troncs principaux des bourgeons qui s'ouvrent à la partie moyenne du champ glandulaire font saillie après s'être pourvus de fibres musculaires lisses, pour constituer le *mamelon*; la partie périphérique du champ glandulaire reste lisse, se pigmente et forme l'*aréole*.

Après la naissance, en même temps que les bourgeons épithéliaux se ramifient, ils se creusent par liquéfaction de leurs cellules centrales qui, expulsées au dehors, forment le *premier lait du nouveau-né*.

Mais là ne s'arrête pas le développement de la mamelle, elle se ramifie, se multiplie suivant l'évolution génitale.

Au moment de la puberté, quand le sens génital s'éveille et va s'affirmer,

l'appareil lactifère entre en jeu. Les bourgeons épithéliaux de la glande mammaire prolifèrent de nouveau et se ramifient en grand nombre.

La glande mammaire, qui n'est d'ailleurs pas une glande unique, mais une agglomération de glandes dont chaque conduit galactophore représente le canal excréteur, se développe donc par poussées successives, et ces poussées sont avant tout influencées par l'évolution de l'appareil génital.

1° FLUXION, ENGORGEMENT, ABCÈS DE LA MAMELLE,
GALACTOPHORITE DES NOUVEAU-NÉS.

Je ne parlerai pas ici des tumeurs accidentelles ou héréditaires, des nævi ou angiomes, des kystes qu'on peut rencontrer au niveau de la mamelle. Je m'en tiendrai uniquement aux fluxions physiologiques et à leurs déviations (inflammation, abcès, etc.).

C'est un fait reconnu depuis longtemps que les enfants nouveau-nés des deux sexes, tant garçons que filles, sont exposés à présenter, dans les premiers jours ou les premières semaines de leur vie, un engorgement notable de leurs seins. J'ai déjà insisté sur ce phénomène dans un mémoire antérieur (*Note sur les abcès de la mamelle chez les nouveau-nés*. Société médicale des hôpitaux de Paris, 27 février 1892).

Le travail qui se fait du côté de la mamelle des enfants a quelque analogie avec la *montée du lait* des femmes récemment accouchées. Pourquoi cette fluxion, pourquoi cet engorgement d'une glande qui n'existe encore qu'en germe et qui n'est appelée à fonctionner utilement que dans 15 ou 20 ans? Morgagni, qui avait bien étudié le phénomène, n'avait pas réussi à le comprendre et ne cachait pas sa surprise. Aujourd'hui, comme alors, nous nous demandons pourquoi des glandes, dont le siège est à peine indiqué par un point géométrique, dont l'accroissement et le fonctionnement physiologiques appartiennent à un avenir lointain (puberté, gestation, lactation), se mettent à enfler prématurément et à sécréter un liquide laiteux. Je vais passer successivement en revue le *gonflement et la sécrétion laiteuse, l'inflammation et les abcès de la mamelle*.

Gonflement et sécrétion lactée. — Natalis Guillot, alors médecin de l'hôpital Necker, a étudié, dans un mémoire fort intéressant (*Archives générales de médecine*, 17 octobre 1855), la sécrétion du lait chez les enfants nouveau-nés, et les accidents qui peuvent l'accompagner. Dans ce travail, il établit la fréquence, pour ne pas dire la constance, du phénomène chez les enfants sains et bien portants; d'après lui, l'engorgement de la mamelle et la sécrétion du lait coïncideraient avec la chute du cordon. Il montre bien que le liquide lactiforme retiré par pression est analogue au lait de femme et contient les mêmes éléments : beurre, caséum, sucre, globules.

Peu de temps après, Boutequoy¹, élève de Gubler, et Gubler lui-même

(¹) Études cliniques sur la lactation et l'allaitement. *Thèse de Paris*, 1854.

publient des mémoires sur la même question¹. Gubler recueillit une quantité de lait suffisante pour l'analyse, et la confia à Quevenne. Ce chimiste trouva les proportions suivantes :

Beurre	1,40	} p. 100
Caséum	2,80	
Lactine et matières extractives	6,40	
Eau	89,40	

Le liquide avait une réaction neutre ou alcaline à la sortie du mamelon, il ne tardait pas à devenir acide au contact de l'air.

Cette sécrétion laiteuse des nouveau-nés n'est pas la propriété exclusive de l'espèce humaine, elle a été retrouvée chez un certain nombre d'animaux domestiques, et notamment dans la race chevaline.

Depaul a fort bien étudié la physiologie et la pathologie des mamelles chez les nouveau-nés. La sécrétion lactée, d'après lui, est constante chez les enfants bien portants; sur 100 nouveau-nés sains, il ne l'a pas vu manquer une seule fois. Par contre, chez les avortons, les athrepsiés, elle est souvent absente. Il est rare que la sécrétion lactée s'établisse dès la naissance; elle débute au deuxième ou troisième jour, et se prolonge pendant huit, quinze jour, un mois et même davantage.

Le liquide, d'abord clair, séreux, se trouble ensuite pour devenir tout à fait lactescent. Il ne coule pas spontanément, on ne l'obtient que par pression : quand la pression est bien faite, il peut sortir en jet comme chez les nourrices et la quantité recueillie a pu atteindre 1, 2, 3 centimètres cubes. Cette montée du lait chez les nouveau-nés ne s'accompagne jamais de fièvre; la fièvre de lait, — Depaul a eu le mérite, réel pour l'époque, de l'établir, — n'existe pas plus chez l'enfant que chez la mère.

Notre collègue Variot a étudié de nouveau la sécrétion lactée des nouveau-nés à l'hospice des Enfants-Assistés². D'après lui, c'est du huitième au douzième jour que la sécrétion est le plus accusée. L'analyse faite par M. Lecocq a donné :

Beurre	14 à 15 grammes.	} p. 1000
Caséine	11 à 25 —	
Sucre de lait	42 à 46 —	

On retrouve toujours, dans le lait des nouveau-nés, les principes immédiats du lait véritable et en particulier les globules laiteux.

On a beaucoup discuté sur le *moment* de l'apparition et sur la *durée* de la sécrétion laiteuse. N. Guillot la faisait coïncider avec la chute du cordon (5^e ou 6^e jour) et la faisait durer 7 à 12 jours. Gubler considérait la sécrétion comme nulle dans les deux ou trois premiers jours : à ce moment, par la pression, on ne pourrait faire sourdre que de la sérosité claire. Vers le 5^e jour, le liquide devient louche en même temps que la glande augmente;

(¹) Sur la sécrétion et la composition du lait chez les enfants nouveau-nés des deux sexes. *Gaz. méd. de Paris*, 1856.

(²) *Soc. méd. des hôp.*, 1890.

le 4^e jour, il a l'apparence du lait. La glande resterait volumineuse jusqu'au 10^e jour, et la sécrétion serait presque toujours tarie au bout d'un mois. Cependant Gubler déclare qu'elle peut durer exceptionnellement jusqu'à quatre mois.

Depaul n'a pu rien faire suinter en général pendant les deux premiers jours; dans quelques cas, il a pu obtenir de la sérosité et même un liquide lactescent dès la naissance: « Il n'est pas douteux que, pour un certain nombre d'enfants, la sécrétion commence dès la naissance. Je l'ai, en effet, constaté 8 fois sur 25 cas, avant la fin de la première journée. L'un de ces enfants n'avait qu'une heure. L'époque la plus reculée de son apparition a été de 8 jours, mais il s'agissait d'une jumelle née avant terme, ne pesant que 2210 grammes, qui, au moment de la naissance, avait des glandes microscopiques et qui ne changèrent pas pendant les dix jours que dura le séjour à l'hôpital. Puis vient le neuvième jour qui n'est noté que trois fois. Le moment le plus habituel a été évidemment du second au troisième jour. » Quand la sécrétion s'est montrée dès le début avec une certaine abondance, il est bien rare qu'elle soit terminée avant la fin du premier mois.

Quelques jours après la naissance, on peut constater l'augmentation de volume des glandes dont la pression peut faire ainsi sourdre du lait. Une tuméfaction piriforme se montre des deux côtés, soit également, soit inégalement, l'un des mamelons étant beaucoup plus soulevé que son congénère. Ce gonflement peut atteindre le volume d'une noisette, d'une noix. Il est inégal, bosselé, dur à la pression. La main qui palpe la mamelle a la sensation de masses pierreuses sous-cutanées. Cependant la peau est souple, mobile, sur les masses sous-jacentes, et le mamelon seul semble faire corps et se continuer avec elles. Il n'y a ni chaleur, ni rougeur, ni empatement superficiel à ce niveau. La peau, le tissu cellulaire sous-cutané ne prennent pas part à l'hypertrophie glandulaire. Pas de douleur à la pression, pas de fièvre, pas de réaction générale. Peu à peu, en 15 jours, 3 semaines, 4 mois, la glande entre en régression et nous ne sommes pas sortis de l'état physiologique. Mais des complications peuvent survenir, que je vais maintenant étudier.

Phlegmon et abcès. — Quand l'inflammation envahit la glande (mammité), on voit l'un ou l'autre sein (il est rare que les deux soient pris simultanément) augmenter de volume, la peau rougir, devenir violacée, tendue, douloureuse au moindre contact, en même temps que la fièvre s'allume, que l'enfant inquiet, agité, refuse le sein ou le prend sans cesse pour le quitter aussitôt. En un mot, tout révèle une infection d'origine mammaire.

Tantôt la phlegmasie reste limitée et après quelques jours elle se dissipe, la mammité se termine par résolution. Tantôt l'infection est plus virulente, un abcès se forme, la fluctuation devient évidente. On a alors une collection purulente qu'il faudra ouvrir sans tarder. Dans quelques cas, il y a de la lymphangite, de l'adénite axillaire; ailleurs ce sont des fusées purulentes qui décollent la peau du thorax et menacent la vie de l'enfant.

Le D^r Fr. Pestalozza (*Ascenso mammario in neonato con esito di morte. La Pediatria*, juillet 1894) a rapporté un cas malheureux que je résumerai pour l'instruction des praticiens. Un enfant bien constitué, bien portant, né de parents sains, le 14 janvier 1892, présente, le 4^e jour, un gonflement des mamelles. La mamelle gauche surtout était turgide, la droite revint bien vite à l'état normal. Un abcès se forme; l'auteur, appelé seulement le 10^e jour, constate un abcès mammaire avec propagation axillaire. Il incise, draine, fait un pansement antiseptique. Mais la collection purulente a fusé jusque dans le dos; il y a un décollement énorme. Malgré trois incisions faites du 10^e au 22^e jour, l'enfant dépérit, refuse le sein, et meurt dans un état scléremateux qui, ayant débuté par les membres inférieurs, se généralisa à tout le corps. Dans ce cas, comme dans la plupart des faits malheureux, l'abcès avait été causé par des manipulations intempestives.

J'ai observé trois cas d'abcès mammaires chez les nouveau-nés. Dans ces trois cas, les mamelles avaient été l'objet de pressions faites dans le but de prévenir l'inflammation. Ce but n'avait pas été atteint, bien au contraire. Les deux premiers cas furent simples; la collection purulente, très limitée, fut ouverte au bistouri et la guérison ne se fit pas attendre. Le troisième cas fut inquiétant.

Le 14 décembre 1891, on m'apporte une petite fille de trois semaines qui présente au niveau de l'aisselle et tout le long de la paroi thoracique droite une vaste collection fluctuante bosselée, avec soulèvement et décollement de la peau dans une étendue verticale de 15 centimètres au moins. La peau est rouge et amincie en certains points. On reconnaît un vaste abcès consécutif à un engorgement mammaire, que la sage-femme avait cru devoir traiter par des pressions énergiques. A la suite de ces manipulations, un abcès se forma à droite. La sage-femme l'ouvrit avec une lancette et l'on constate encore aujourd'hui, à droite du mamelon, la cicatrice d'une petite incision. Mais le coup de lancette ne marqua pas la fin de la maladie. Une lymphangite se déclara ou s'aggrava, les ganglions axillaires entrèrent en suppuration et je me trouvai en présence d'un vaste adéno-phlegmon suppuré, consécutif à un engorgement mammaire des nouveau-nés traité d'une façon malheureuse. L'enfant, nourrie par sa mère, avait augmenté convenablement pendant la première quinzaine; sous l'influence de la suppuration, elle a dépéri et présente un aspect cachectique. Je pratique une incision au point le plus déclive de la collection purulente; il s'écoule une grande quantité de pus; lavage au sublimé, pansement au salol. Le 21 décembre (7 jours après), on me ramène l'enfant qui présente deux abcès au niveau de la face dorsale des articulations métacarpo-phalangiennes droites. Incision, guérison. Le 28 décembre, nouvel abcès sous la clavicule droite. Incision. Finalement l'enfant a guéri.

Quelquefois, si l'on en croit une observation du D^r Macé (*Galactophorite chez la mère et le nouveau-né. Soc. obst. et gyn., mars 1894*), la suppuration pourrait siéger dans les conduits galactophores et guérir, sans incision, par expression manuelle, suivant la méthode du D^r Budin. Une femme de 52 ans accouche, le 28 janvier 1894, d'une petite fille pesant

2775 grammes. Dès les premières tétées, crevasses sur les mamelons, lymphangite, menaces d'abcès au sein; galactophorite, issue de pus mélangé au lait, etc.

L'enfant présente, le 15 février, une tuméfaction très accentuée du sein droit. La glande fait une saillie très nette sur le thorax; la peau a conservé à ce niveau la coloration rosée qu'elle a sur le reste du corps. Pas de ganglions dans l'aisselle. L'expression très modérée du sein fait sourdre par le mamelon un peu de lait mélangé de pus, puis du pus presque pur. Le 14 février, matin et soir, les pressions sont renouvelées, elles donnent encore du pus. Le 15 au matin, il y en a très peu, et le 15 au soir plus du tout. A l'examen microscopique du liquide, on a pu constater des globules de pus en abondance mêlés aux globules de lait. Guérison.

On voit, d'après les quelques exemples que j'ai rapportés, que l'abcès mammaire des nouveau-nés peut se présenter avec des caractères variables, quant à l'intensité, à la gravité, à la terminaison.

Tantôt la phlegmasie est limitée, elle peut se terminer par la résolution; si elle suppure, il suffit d'ouvrir proprement la collection purulente pour amener la guérison. Tantôt, au contraire, l'inflammation est étendue, diffuse; elle dépasse de beaucoup les limites de la région mammaire, elle gagne l'aisselle, le dos, elle se présente avec les allures d'un phlegmon diffus qui peut se terminer par la mort.

On voit donc que l'engorgement des mamelles chez les nouveau-nés peut, dans certaines conditions, être la source d'infections assez graves.

Depaul, qui a pratiqué de nombreuses pressions sur les mamelles des nouveau-nés de son service, pour étudier leur sécrétion lactée, déclare n'avoir jamais eu d'accidents. Mais ces nouveau-nés n'étaient soumis à son observation que pendant quelques jours, les femmes sortant au neuvième jour, et les enfants, envoyés en nourrice, quittant plus tôt encore les salles de la clinique. Il est donc fort possible que les enfants ainsi perdus de vue aient eu par la suite des abcès consécutifs aux malaxations qu'ils avaient subies. D'ailleurs, Depaul avoue qu'il a vu deux fois un peu de sérosité teintée de sang apparaître à la suite de pressions exercées sur les mamelles, et il s'est demandé s'il n'était pas allé trop loin. Il fait remarquer judicieusement que la pression expose à écraser le tissu de la glande; et nous pouvons nous demander si cet écrasement n'aurait pas des suites éloignées et des conséquences très regrettables chez les filles. S'il s'agit d'un garçon, dont la glande est vouée à une existence toujours rudimentaire, la destruction n'a rien d'inquiétant. Mais si c'est une fille, pouvons-nous répondre que cet écrasement ne mettra pas obstacle plus tard au développement de la mamelle et à son fonctionnement désirable (allaitement)?

On voit que ce petit point de pratique n'est pas indifférent et soulève une question intéressante.

Quand il y a eu abcès de la mamelle, le pronostic est certainement plus fâcheux, et deux fois au moins Depaul, grâce à sa vieille expérience, a pu saisir sur le vif les conséquences lointaines regrettables d'une mammitte infantile. Voici ses propres paroles :

« Le début de ma pratique remonte assez loin pour que j'aie eu déjà de nombreuses occasions d'accoucher de jeunes femmes à la naissance desquelles j'avais présidé et que j'avais soignées pendant les premières semaines de leur vie. Deux d'entre elles, qui avaient eu des abcès de la nature de ceux dont j'ai parlé, présentaient une telle rétraction des mamelons, qu'il fallut renoncer à donner à téter. Leurs mères, qui étaient présentes, me rappelèrent ce qui s'était passé vingt ans avant, et j'avoue qu'il ne m'en coûta pas d'expliquer cette disposition vicieuse par une rétraction d'origine inflammatoire des conduits galactophores et des tissus voisins. »

Si les abcès de la mamelle chez les nouveau-nés peuvent avoir, ne serait-ce qu'à titre exceptionnel, de telles conséquences, nous devons tout faire pour les prévenir. Or, quelle est la cause de ces abcès?

Je ne parle pas de la cause prédisposante, elle saute aux yeux: elle est dans cet engorgement physiologique, dans ce gonflement parfois considérable, qui révèle un travail congestif et sécrétoire intempestif. Je veux insister seulement sur la cause provocatrice et efficiente.

La suppuration de la mamelle ne peut exister que par l'apport dans la glande d'un agent pathogène, et spécialement d'un microbe pyogène.

Or, quand on fait subir, à une mamelle engorgée et turgescence, des froissements, des pressions, des malaxations, même douces, on expose cette mamelle à une infection venue du dehors. En cherchant à évacuer le contenu de la glande, on ne prévient pas la suppuration, on la favorise, en ouvrant toutes grandes les portes, les canaux galactophores, et en apportant souvent soi-même l'agent infectieux dans une main qui n'est pas aseptique. Passe encore si ces pressions étaient faites toujours par des médecins! Elles pourraient être alors modérées et relativement propres.

En réalité, elles sont faites, la plupart du temps, par des sages-femmes, par des gardes, par des matrones, qui mettent un véritable acharnement à vider les mamelles de tout leur contenu. Quelques-unes même ne se contentent pas de pressions manuelles, elles les suppléent ou les complètent par des suctions buccales. Cette pratique, assez répandue autrefois dans les campagnes, est encore plus blâmable et plus dangereuse que la traite digitale, car elle expose à l'introduction directe des microbes de la bouche dans la mamelle, et à l'inoculation des maladies contagieuses (tuberculose, syphilis). Je crois que personne ne s'élèvera pour défendre la succion des mamelles.

Mais beaucoup de praticiens restent convaincus que les pressions manuelles des glandes engorgées sont utiles et même indispensables dans la prophylaxie des abcès mammaires chez les nouveau-nés. C'est à cette opinion que je m'attaque. J'ai cité plus haut les accidents qui peuvent résulter de cette pratique. On voulait prévenir un abcès, on l'a provoqué. Au contraire, si l'on s'abstient, qu'arrivera-t-il? Sans doute, si l'enfant est trop serré dans un maillot malpropre, si les seins engorgés ne sont pas protégés contre les froissements de langes rugueux, l'abcès de la mamelle pourra s'observer. Aussi bien l'abstention n'exclut-elle pas une protection intelligente. Quand on verra les seins des nouveau-nés s'engorger, se durcir au

point de faire craindre l'inflammation et la suppuration, on appliquera sur la région une bonne couche d'ouate hydrophile, ou mieux une rondelle d'emplâtre de Vigo.

C'est à ce topique que je donne la préférence; il exerce une légère compression et il est suffisamment adhérent et antiseptique pour empêcher les froissements des langes et s'opposer à l'infection secondaire de la mamelle. Je n'ai, jusqu'à présent, jamais eu à regretter l'abstention ainsi comprise et je repousse énergiquement l'emploi systématique et aveugle des pressions manuelles. Voici un cas dans lequel la pratique que je préconise semble bien avoir prévenu la suppuration des mamelles engorgées. Une petite fille de cinq semaines, nourrie au sein par sa mère, m'est conduite le 19 novembre 1891 pour un engorgement considérable des deux mamelles. La mère ne se serait aperçue que la veille de la grosseur et de la dureté insolite des seins de son enfant. Elle en a été fort effrayée, ayant perdu, il y a trois ans, une petite fille de six mois atteinte à la fois de bronchite et de mammité. L'examen des mamelles montre qu'elles sont très volumineuses; elles atteignent le volume d'une noix. Elles sont, de plus, dures, sans adhérences profondes, sans changements de couleur à la peau. Je prescrivis un emplâtre de Vigo sur les deux seins. L'enfant est ramenée quatre jours après avec persistance de la tuméfaction glandulaire. Le 5 décembre, l'engorgement a presque entièrement disparu.

Quand on est dans la nécessité d'ouvrir l'abcès mammaire, il faut observer certaines règles sur lesquelles insiste Depaul avec raison, pour éviter des lésions durables de la glande, la rétraction du mamelon, l'ombilication cicatricielle qui pourraient, plus tard, rendre l'allaitement difficile ou impossible. Les incisions ne doivent avoir que 5 à 6 millimètres de longueur, on en fera autant qu'il y aura de foyers de suppuration. Elles ne devront pas être transversales pour ne pas intéresser les conduits galactophores qui convergent vers le mamelon, dont on s'éloignera le plus possible.

En résumé, les nouveau-nés présentent presque tous, mais à des degrés divers, dans les premiers jours qui suivent la naissance, un engorgement des mamelles. Cet engorgement est donc physiologique, quoique nous n'en saisissons pas la portée ni l'utilité. Il s'accompagne d'une sécrétion laiteuse qui dure deux à trois semaines, et qui disparaît spontanément. Les analyses anciennes et récentes ont montré que ce liquide laiteux était analogue, sinon identique, au lait de femme.

Dans quelques rares circonstances, l'engorgement de la mamelle aboutit à la suppuration, accident fâcheux pour les sujets du sexe féminin; car il peut, plus tard, mettre obstacle à l'allaitement, soit en détruisant la glande, soit en amenant une rétraction cicatricielle du mamelon.

Pour prévenir la suppuration des mamelles chez les nouveau-nés, on a l'habitude d'évacuer la glande par une sorte de traite manuelle. Cette pratique est condamnable: si elle est brutale, elle peut aboutir à l'écrasement et à la destruction de la glande; si elle n'est pas propre, elle peut

l'infecter et aller directement au but qu'elle veut éviter, l'abcès. J'ai vu, plusieurs fois, la suppuration résulter de manipulations intempestives de la mamelle; je n'ai pas vu l'abstention avoir un résultat aussi déplorable.

Je crois donc que notre rôle doit se borner à la protection aseptique des parties tuméfiées; je conseille surtout, parce qu'il m'a réussi toujours, l'emplâtre de Vigo. Si ce topique était irritant pour quelques enfants, on pourrait avoir recours à l'emplâtre rouge ou à tout autre.

2° MAMMITE DE LA PUBERTÉ

Si les fluxions et les engorgements de la mamelle se montrent avec une excessive fréquence chez les enfants nouveau-nés, on n'en entend pour ainsi dire plus parler chez les nourrissons et dans la seconde enfance, jusqu'aux approches de la puberté. Il y a donc une longue période de 12 à 15 ans pendant laquelle la mamelle reste absolument silencieuse. Le silence n'est d'ailleurs pas constant et, à tous les âges, on peut se trouver en présence, exceptionnellement, de fluxions mammaires plus ou moins notables.

Le D^r H. Morau a vu une fillette de 6 mois, bien développée, jouissant d'une santé excellente, qui présentait des seins ayant le volume d'un œuf de pigeon. Ces seins étaient durs et douloureux à la palpation; il n'y avait ni rougeur, ni chaleur; la pression ne faisait sourdre aucun liquide.

A un âge plus avancé, à 8 ans, à 9 ans, on peut encore voir, principalement chez les filles, des poussées fluxionnaires précédant de longtemps l'établissement de la menstruation. Mais c'est surtout vers l'âge de 12, 13, 14, 15 ans, tant chez les garçons que chez les filles, qu'on est appelé à constater un engorgement dur, douloureux à la pression, aux froissements, et dont l'évolution varie du tout au tout suivant les sexes. Chez les garçons, après quelques semaines ou quelques mois de cet engorgement plus ou moins pénible, le développement de la mamelle avorte, la dureté s'efface, et la palpation la plus attentive ne saisit bientôt plus aucune trace de glande. Chez les filles, au contraire, la dureté pierreuse des premiers jours se dissipe bien, mais elle fait place à une glande qui s'accroît d'une façon régulière, qui prend forme et qui se prépare à jouer le rôle important dévolu par la nature.

Ces mammites d'évolution de la puberté se terminent par une résolution complète dans l'immense majorité des cas; cependant, quand elles ont été l'objet de frictions, de pressions inopportunes, quand une infection s'est ajoutée à la fluxion physiologique, on pourra observer la suppuration. En voici un exemple:

Le 11 décembre 1889, on me conduit, au dispensaire de la Société philanthropique, une petite fille âgée de 11 ans, de haute taille et de constitution forte, ayant subi, depuis un an, une poussée de croissance très marquée. On sent que la puberté est proche, car l'enfant est très précoce et offre l'apparence d'une fille de 14 ou 15 ans.

Depuis quelques semaines, elle accuse une sensibilité assez vive au

niveau des seins, qui commencent à se développer et offrent au palper la sensation de masses dures et comme *pierreuses*. Quoiqu'on n'ait exercé aucune pression, aucun froissement sur les seins, dans le but de les dégorgés, le sein droit s'est enflammé et aujourd'hui il est rouge, dur, phlegmoneux et présente une ouverture qui laisse sortir du pus. J'interroge avec soin la malade, pour savoir si elle n'a pas reçu de coup à ce niveau; elle répond négativement.

Pansement avec salol et coton hydrophile. Guérison rapide.

Ce fait montre donc que l'hypertrophie évolutive des mamelles, aux approches de la puberté, peut, comme la mammite des nouveau-nés, aboutir à la suppuration. La complication est très rare et méritait d'être signalée.

Quand on presse avec une certaine énergie sur les mamelles engorgées de ces adolescents, on peut obtenir, comme chez les nouveau-nés, tantôt une sérosité un peu louche, tantôt un liquide lactescent; il faudra, d'ailleurs, s'abstenir de ces manœuvres.

Le Dr J. Tellier (Pathogénie de la mammite suppurée des adolescents. *Bulletin médical*, 24 février 1895) a essayé de préciser le mécanisme de l'inflammation suppurative qui s'empare quelquefois de l'engorgement mammaire des adolescents. Voici l'observation qui a servi de base à son travail: une fille de 14 ans est adressée pour un abcès du sein gauche occupant toute la glande. Elle est forte pour son âge, ses parents sont bien portants. La menstruation s'est établie il y a 8 ou 10 mois, sans souffrances; presque en même temps, la poitrine s'est développée assez rapidement; les seins ont à plusieurs reprises été un peu douloureux. Il y a 4 mois environ, la malade a présenté dans l'aisselle *droite* un premier furoncle qui a guéri spontanément; mais bientôt une inoculation nouvelle s'est faite à côté de la première, et, pendant 2 mois environ, quatre ou cinq furoncles se sont successivement développés dans cette région. La guérison s'est faite spontanément encore.

Il y a à peu près 7 semaines, quelques jours après les règles, le sein, des deux côtés, a été le siège d'une augmentation légère de volume avec durcissement peu marqué et sensations douloureuses (tension); les phénomènes ont rapidement disparu du côté droit, mais ils ont persisté du côté *gauche*. La mamelle est restée plus volumineuse et plus dure.

Le médecin de la famille conseilla alors la compression de la région, qui fut suivie de la disparition complète des phénomènes douloureux, mais qui n'amena aucune modification dans l'état local de la glande. Pendant les jours qui suivirent, plusieurs médications topiques furent appliquées, sans succès d'ailleurs (eau blanche, pommade iodurée, etc.). A ce moment, la mamelle, non douloureuse, était dure au toucher dans presque toute son étendue, mais on ne percevait aucune fluctuation nette. On insista surtout sur la compression qui était parfaitement supportée. Il y a quelques jours, en enlevant le bandage, on constatait que l'induration avait disparu; la peau était un peu tendue, luisante et rouge: la fluctuation était manifeste.

M. Tellier vit alors la malade pour la première fois; le mamelon ne présentait aucune trace d'excoriation ou de macération. Abcès du sein évident,

pas d'adénite axillaire du côté malade. Le sein droit a le volume et la consistance du sein d'une femme de 20 ans. Dans l'aisselle droite, système pileux bien développé; un peu d'induration à la place d'un furoncle récent.

Anesthésie locale, incision verticale au-dessous du mamelon; pus de bonne nature, sans grumeaux, très différent du pus d'abcès froid. Drainage, pansement compressif, guérison au bout de 4 semaines.

Du pus, recueilli pour les cultures, a montré l'existence du *staphylococcus pyogenes aureus*. L'enfant, ayant présenté précédemment des accidents de furunculose, M. Tellier pense que l'infection de la mamelle a dû se faire par la voie sanguine, comme elle se fait dans les cas d'ostéomyélite à porte d'entrée cutanée. Cette hypothèse est soutenable, mais ne peut-on pas invoquer l'invasion de la glande par les conduits galactophores? Quand la mamelle suppure, qu'il s'agisse d'un nouveau-né, d'un adolescent, d'une femme récemment accouchée, c'est généralement par les érosions, crevasses, gerçures, solutions de continuité du mamelon que les microbes pyogènes pénètrent dans la mamelle, et je ne vois pas qu'il y ait lieu d'invoquer ici une autre pathogénie. Le staphylocoque aborde la mamelle par deux voies principales: la voie lymphatique, la voie galactophorique. C'est précisément pour éviter cette infection directe de la mamelle, tant chez les nouveau-nés que chez les adolescents, que nous recommandons instamment de respecter l'engorgement physiologique, de s'abstenir de toute pression, de toute manœuvre susceptible d'inoculer l'organe fluxionné et turgescant.

Il ne faut donc pas plus toucher aux engorgements mammaires des adolescents qu'à ceux des nouveau-nés; notre rôle se réduit à celui de protecteurs vigilants. Protégeons les surfaces contre les contacts malpropres ou irritants, contre les froissements du linge ou des vêtements. Entourons la mamelle d'une couche d'ouate hydrophile, faisons une légère compression élastique, appliquons au besoin un emplâtre antiseptique (sparadrap de Vigo, emplâtre rouge). Mais abstenons-nous de toute pression soi-disant décongestionnante ou résolutrice.