

Les tumeurs proprement dites semblent plus fréquentes. Williams a décrit 17 cas de fibro-adénome et 13 cas de carcinome. Il prétend même que sur 132 cancers du sein observés par lui, 13, c'est-à-dire près du dixième, se développent en dehors de la mamelle normale. Martin a repris cette étude et, analysant avec soin les observations de Williams, il arrive à conclure que ces tumeurs, pour la plupart, n'étaient pas nées dans de vraies mamelles surnuméraires, mais dans des lobules aberrants de glandes normales. Pour l'auteur allemand, le seul cas de tumeur d'une glande surnuméraire exactement décrit par Williams est celui de carcinome de Fœrster, auquel lui-même en ajoute un second qui lui est personnel. Ce dernier était un fibro-adénome né dans un lobe aberrant d'une mamelle erratique et communiquant avec elle. La différence d'interprétation de ces deux auteurs tient à ce que Martin ne reconnaît comme cas de polymastie que ceux dans lesquels la mamelle est complète, c'est-à-dire pourvue d'un mamelon avec son aréole, et qu'il range dans le groupe des lobes aberrants les amas glandulaires séparés de la glande normale, contrairement à ce que faisait Williams. Mais, même avec cette restriction, l'opinion de Martin indique ces néoplasmes mammaires comme trop exceptionnels.

Pitzorno, qui a repris cette étude, a observé, en une seule année, deux néoplasmes, sur cinq cas de polymastie. Une de ses malades, âgée de dix-huit ans, avait un fibro-adénome sur une mamelle pourvue de deux mamelons. Billroth (1) dit avoir vu un carcinome développé dans les mêmes conditions. Martin conclut de son travail, qu'il faut enlever les lobes aberrants de la glande mammaire, puisqu'ils dégèrent souvent, mais qu'on ne doit pas toucher aux vraies mamelles surnuméraires. Pour Pitzorno, au contraire, cette anomalie prédispose aux néoplasmes malins; aussi propose-t-il l'extirpation de toute glande supplémentaire, même lorsqu'elle est saine. Cette opinion nous semble exagérée.

Cependant, nous admettons très bien qu'on intervienne chirurgicalement lorsque la mamelle, par son siège, amène une gêne fonctionnelle (mamelles axillaires, par exemple) ou même une difformité désagréable (mamelle faciale).

Dans les espèces animales, il existe une corrélation entre le nombre des mamelles et celui des petits. Aussi s'est-on demandé si la polymastie ne prédisposerait pas aux accouchements gémeaux.

Pierre Delbet pense que non et cite à ce sujet la réponse négative de Socin et de la Faculté de Tubingue, consultés pour savoir si une femme multimamme était destinée à procréer des jumeaux. Si, sur 72 cas de polymastie chez la femme, Leichtenstern n'a constaté que 3 accouchements doubles, c'est que beaucoup de ses sujets

(1) BILLROTH, *Arch. für klin. Chir.* Berlin, 1893.

n'avaient pas eu d'enfants et que d'autres observations, réduites à une simple note, ne mentionnaient pas le fait. Il est fort difficile d'avoir dans ce sens une statistique exacte. Nous croyons cependant que, sans être fatale, la grossesse gémeaire est plus fréquente chez les polymastes que chez les autres femmes. Il y a quelques années, P. Marie (1) citait une observation de mamelons surnuméraires, transmis héréditairement dans une famille et coïncidant avec plusieurs accouchements de jumeaux. Il considère ce fait comme une réversion atavique avec tendance à la création d'un type à la fois polymaste et polygène.

B. Anomalies dans le volume et la conformation. — On sait combien le volume des seins varie avec chaque femme. Aussi, Riolan, les divise-t-il, dans son style imagé, en *tétins*, en *tétons* et *tettasses*. En dehors des variations individuelles que présentent les mamelles, il est certain que des causes générales influent sur leur développement. Telle est, par exemple, l'influence de la race. C'est ainsi que les négresses de l'Afrique australe ont, à l'état normal, les seins pendants et longuement pédiculés, de sorte qu'en les rejetant par-dessus leurs épaules, elles allaitent les nourrissons qu'elles portent en croupe.

Le milieu semble aussi jouer un rôle, et il est admis par nombre d'anatomistes (Huschke, Testut, etc.) que les femmes des pays chauds ont les mamelles plus volumineuses que celles des pays froids; celles des régions humides, que celles des climats secs et montagneux.

Bien plus, sur une même femme, il n'est pas rare de constater que les deux seins n'ont pas la même grosseur et, dans ce cas, c'est généralement le droit qui est le plus petit. Mais, a-t-on dit, c'est que ces femmes ont allaité principalement d'un seul côté. Il est possible, en effet, que l'exagération de la fonction physiologique puisse jouer un rôle dans l'hypertrophie de l'organe, mais il est certain — et nous en avons nous-mêmes observé plusieurs exemples — que chez des femmes vierges ou n'ayant pas allaité, le volume des seins diffère souvent. Nous nous souvenons d'une jeune femme chez laquelle la différence était assez grande pour qu'elle se crût atteinte d'une tumeur.

Jusqu'ici, en parlant des mamelles volumineuses, nous avons à dessein laissé de côté l'affection que les auteurs ont désigné sous le nom d'*hypertrophie mammaire*, bien qu'il soit classique de la ranger au nombre des anomalies. Nous avons placé son étude parmi les tumeurs, où semblent les classer leur structure et leur pathogénie.

Aussi n'envisagerons-nous, dans ce chapitre, que les anomalies de développement et de conformation :

1° Chez la femme, où nous étudierons l'*atrophie* et les *malformations* du mamelon.

(1) P. MARIE, *Soc. méd. des hôp.*, juin 1893.

2° Chez l'homme, qui offre quelquefois une hypertrophie spéciale, nommée *gynécomastie*.

ATROPHIE. — Le développement de la glande mammaire ne dépend pas de celui des seins. Aussi dirons-nous qu'il y a atrophie, lorsque, dans les jours qui suivront l'accouchement, il n'y aura pas d'augmentation notable du volume des mamelles et qu'après succions répétées la sécrétion lactée sera nulle ou très insuffisante. Évitez, dans ces cas, une succion trop violente ou trop prolongée, car vous n'obtiendriez d'autres résultats qu'une inflammation plus ou moins vive de la glande.

Quelles sont les causes de l'atrophie de la mamelle ? On a invoqué à juste titre les inflammations antérieures et tout particulièrement la mammite des nouveau-nés. Il en résulte une destruction des éléments nobles de la glande et, par suite, une atrophie de l'organe au moment de son développement physiologique. La mammite des adolescents agit peut-être de même, mais les faits ici sont moins nets.

Les oreillons amènent, lorsqu'ils frappent le testicule, une atrophie très marquée de la glande séminale. La mastite ourlienne se comporte-t-elle de la même façon vis-à-vis de la mamelle ? C'est très probable bien que nous n'en ayons trouvé aucun exemple.

La castration ovarienne faite pendant la période d'activité sexuelle amène, d'après Keppler, la régression mammaire. C'est pourquoi Schwizinger (1) avait proposé d'extirper les deux ovaires pour prévenir le développement du cancer du sein ou au moins pour en prévenir la récurrence. On a dit aussi que l'arrêt de développement de la mamelle coïncidait souvent avec des malformations semblables de l'utérus et surtout des ovaires. Les faits sont incontestables et il en existe des exemples absolument probants. Scanzoni admet encore comme cause d'atrophie les allaitements trop fréquents.

Peut-être la compression des seins par le corset joue-t-elle un rôle analogue.

De Sinéty a beaucoup insisté sur une cause d'atrophie toute physiologique : c'est l'habitude répandue parmi les mères de la classe aisée de ne pas allaiter elles-mêmes leurs enfants. Or, il est démontré que tout organe qui ne fonctionne pas pendant plusieurs générations tend à disparaître. Aussi n'est-il pas étonnant de voir survenir dans certaines familles, où l'on emploie depuis longtemps le biberon ou les nourrices mercenaires, l'atrophie, sinon du sein, du moins de la glande mammaire.

La syphilis héréditaire aurait, d'après Fournier, une influence analogue.

Nous n'insisterons pas sur l'atrophie sénile du sein, qui est toute physiologique.

(1) SCHWIZINGER, *Congrès de Berlin*, avril 1889.

Au début, les lésions portent sur les éléments glandulaires qui diminuent de nombre et sont remplacés par du tissu fibreux ; la graisse à son tour disparaît et les mamelles, flasques et ridées, pendent sur la poitrine.

Quelle que soit la cause de l'atrophie, elle peut être *complète*, ce qui est rare, ou *incomplète*, ce qui est plus fréquent. On dit alors qu'il y a état rudimentaire des glandes mammaires ou *micromastie*.

La lésion, le plus souvent bilatérale, peut être quelquefois unilatérale (Puech, Engstrom). En même temps que la glande mammaire est peu développée, il y a fréquemment atrophie du mamelon et de son aréole.

L'atrophie de la mamelle est-elle cause de troubles pathologiques ?

Tout d'abord, il en résulte l'impossibilité de l'allaitement ou au moins une sécrétion insuffisante du lait, avec dépérissement du nourrisson. Par suite de l'état rudimentaire du mamelon, celui-ci est difficile à saisir et les efforts que fait l'enfant pour le prendre y déterminent des gerçures ou des excoriations, portes ouvertes aux éléments infectieux et par suite aux abcès.

Existe-t-il un traitement de l'atrophie de la glande mammaire ?

Les secours de l'art ne donnent presque rien ici. Cependant, on a vu la succion établir la sécrétion lactée dans des mamelles mal développées. Mais nous avons dit qu'on ne devait en user qu'avec modération, car elle expose la mère à des abcès du sein, si ces succions sont trop fortes ou trop répétées. Williams recommande d'y joindre le massage et les aphrodisiaques à l'intérieur.

MALFORMATION DU MAMELON. — Nous venons de dire que fréquemment, lorsque les glandes mammaires sont mal développées, le mamelon participait lui-même à cet état rudimentaire. Mais il arrive qu'avec des mamelles normales, ou presque normales, le mamelon est atrophié ou mal conformé.

Il existe trois degrés de malformations du mamelon (Pierre Delbet).

Dans un premier degré, il peut être simplement *trop court* et l'enfant, malgré ses efforts, n'arrive pas à le saisir. Il suffit souvent, dans ce cas, de moyens simples, tels que les titillations, pour permettre l'érection suffisante du mamelon et, par suite, l'allaitement. On peut également faire têter la mère par un enfant plus grand et plus vigoureux ou même par une commère, comme c'est la coutume dans bien des endroits, mais il est préférable d'avoir recours à la tétrelle. Il en existe un très grand nombre de modèles ; les meilleurs sont les plus simples, c'est-à-dire les plus facilement stérilisables, car ceux-là mêmes qui semblent les plus parfaits sont souvent des foyers d'infection. Aussi n'y aura-t-on recours qu'en cas de nécessité absolue.

Un degré plus avancé de malformation du mamelon, c'est l'*ombilication*. Le bout du sein est alors comme *avalé*. Il ne fait pas saillie et est entouré d'un sillon plus ou moins profond, qui le sépare du sein proprement dit. Ce vice de conformation est plus rare que le

précédent. Il en résulte, pour le nouveau-né, une impossibilité complète de prendre le sein ; aussi devra-t-on, dans ce cas, déconseiller l'allaitement. Cependant, si la femme insiste pour nourrir elle-même son enfant, on pourra pratiquer l'opération de Kehrer, appelée encore *mamillaplastie* (fig. 4). Dans un premier temps, on fait, au point qui devrait correspondre à la moitié inférieure de la base du mamelon, une double incision se réunissant aux deux extrémités, de façon à présenter l'aspect d'une demi-lune. On excise la surface cutanée comprise entre ces deux lignes. On fait de même dans la moitié supérieure de la base du mamelon pour obtenir une double résection cutanée en demi-lune. Dans le temps suivant, on libère avec soin

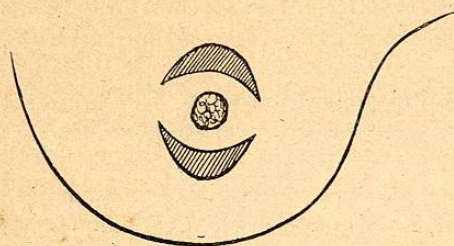


Fig. 4. — Mamillaplastie.

les canaux galactophores de leurs adhérences, puis on suture en rapprochant l'une de l'autre les lèvres cutanées, et le mamelon se trouve ainsi surélevé. Quelques chirurgiens, au lieu d'exciser un lambeau de peau semi-lunaire, enlèvent un anneau cutané complet.

Quel que soit le procédé employé, il en résulte un mamelon saillant, permettant l'allaitement, mais il est souvent étranglé à sa base. Il n'y a dans ce fait aucun inconvénient pour l'enfant, qui prend très bien le sein, mais une simple difformité au point de vue de l'esthétique.

Aussi, Rapin (1) conseille-t-il de donner à l'incision la forme d'une double accolade.

L'opération de Kehrer donne des résultats durables qu'Herman put constater chez une de ses malades, deux ans après son intervention.

L'*invagination* est un degré encore plus avancé de malformation du mamelon. C'est ce que certains auteurs ont appelé la *mamelle en entonnoir*. Ce sont presque toujours des anomalies acquises, qui se rencontrent surtout chez les vieilles femmes à mamelles pendantes. Ici, plus de sillon. Il semble que le mamelon, retenu par des adhérences profondes, n'a pu suivre la mamelle prolabée et qu'il se soit ainsi invaginé sur lui-même. A la place de la saillie normale, on constate une excavation en entonnoir, au fond de laquelle apparaissent les orifices du mamelon avalé, comme la verge dans certaines tumeurs volumineuses des bourses. Il est possible, en pressant sur le sein autour de la dépression, de *décalotter* la papille et de la faire saillir.

(1) RAPIN, *Revue médicale de la Suisse romande*, 1895.

Chez les sujets peu soigneux, au fond de cette dépression, s'accumulent des saletés mêlées de débris épithéliaux qui fermentent irritent la peau voisine, l'enflamment et, par l'orifice, s'écoule un suintement âcre et fétide.

Le traitement n'a rien de chirurgical ; on se contentera de soutenir les seins et de prescrire les soins de propreté nécessaires pour éviter toute complication, car une irritation chronique, chez des femmes âgées, pourrait produire un néoplasme malin.

A côté des malformations précédentes, Gérard Blaes a rapporté un cas d'imperforation du mamelon ; mais son observation, unique dans la science, n'est pas admise par la plupart des auteurs. (Puech, Pierre Delbet.)

GYNÉCOMASTIE. — En étudiant les vices de développement du sein chez la femme, nous avons décrit surtout l'atrophie ; chez l'homme, au contraire, nous ne nous occuperons que de l'hypertrophie connue, depuis Paul d'Égine, sous le nom de gynécomastie, affection qu'il ne faut pas confondre avec le développement exagéré de la région pectorale, qu'on rencontre souvent chez les sujets gras.

La gynécomastie est assez fréquente, si l'on considère seulement la forme extérieure de la poitrine ; elle est exceptionnelle, si l'on se place au point de vue anatomo-pathologique. Il faut, en effet, éliminer les tumeurs de la région mammaire, les lipomes, par exemple, qui sont assez fréquents, ainsi que les mammites. Il s'agit là de fausse gynécomastie, dont Schuchardt (1) a pu réunir 406 cas dans deux statistiques, tandis que dans son travail sur la mamelle de l'homme et la gynécomastie, Gruber (2) n'a pu en rassembler que 54 d'hypertrophie mammaire vraie.

Doit-on distinguer aussi les cas de sécrétion lactée chez l'homme, sans hypertrophie mammaire ?

Il en existe d'assez nombreux exemples ; mais, bien que cette anomalie fasse plutôt partie des troubles de la sécrétion, il est en réalité nécessaire qu'il y ait un certain degré de gynécomastie pour que la lactation se produise. Aussi étudierons-nous ces faits dans ce chapitre.

Il y a donc gynécomastie toutes les fois que le tissu glandulaire de la mamelle est assez notable chez l'homme pour que les seins fassent une saillie exagérée, même en dehors de toute sécrétion.

Gruber divise ses 54 cas de gynécomastie en deux grands groupes, selon que la malformation existe chez des sujets normalement constitués (*gynécomastie primitive*) ou au contraire chez des hommes ayant subi un arrêt de développement du côté de leurs organes génitaux (*gynécomastie secondaire*). Parmi les observations plus ou

(1) SCHUCHARDT, *Von Langenbeck's Arch. für klin. Chir.*, 1885.

(2) GRUBER, Ueber männliche Brustdrüse und über die Gynaecomastie (*Mém. de l'Acad. imp. des sc. de St-Petersbourg*, I, t. X, n° 10, 1866).

moins complètes qu'il a rassemblées, 33 appartiennent au premier groupe et 21 au second. Cette proportion, certainement, n'est pas juste, car Gruber ne fait compter au nombre des gynécomastes secondaires que ceux qui ont des lésions notables des organes génitaux, tels que les hypospades, épispades, hermaphrodites, etc. Or, chez ceux de la première catégorie, beaucoup présentent des caractères de féminisme assez marqués (barbe absente ou rare, poils peu abondants sur le corps, bassin large et court, voix eunuchoïde, absence de penchants sexuels, etc.). En outre, dans le second groupe, il faut remarquer que les lésions testiculaires peuvent n'être pas congénitales, car toutes les maladies atrophiant les testicules ont pu amener l'hypertrophie des seins. Telle est l'orchite traumatique, par exemple, mais surtout l'orchite ourlienne, dont il existe de nombreux exemples (Lereboullet, Girard, Charvot, etc.). Il en est de même de la syphilis testiculaire, dont nous venons d'observer un cas. Gruber et Schuchardt citent, d'après Galliet, une observation de castration, pour carcinome, suivie de gynécomastie.

Mais toutes ces lésions frappent le testicule lui-même, de sorte que l'épididymite tuberculeuse ou blennorrhagique, qui lèse l'épididyme, n'amène que bien rarement des troubles du côté des seins, bien que Galliet en ait rapporté un exemple produit par un carcinome de l'épididyme, qui avait été amputé. Enfin la gynécomastie secondaire peut encore être due à la destruction accidentelle ou chirurgicale des testicules. Tels sont les deux cas de Martin et celui, plus ancien, de Gorham. Il ne faudrait pas croire cependant que la castration entraîne fatalement l'hypertrophie mammaire. Lorsque l'opération est faite chez de très jeunes enfants, comme cela se pratique en Orient, la gynécomastie ne se produit jamais; il en est de même si le testicule est enlevé après trente ans. Il faut, pour que l'hypertrophie des seins se produise, que la glande séminale soit dans toute son activité. N'est-ce pas aussi ce qui se passe pour l'atrophie des mamelles chez la femme après l'ablation des ovaires?

Comment expliquer ces faits? Pour Williams, tout être humain est en état d'hermaphrodisme latent. Toute femme a des caractères mâles secondaires et tout homme des caractères femelles de même ordre qui, normalement, sommeillent chez l'un et l'autre, mais peuvent s'éveiller dans certaines conditions. Il existerait donc une corrélation entre les organes sexuels essentiels de chaque être et le développement de ses mamelles. C'est une interprétation analogue à celle qui invoque la loi du balancement des organes (I. Geoffroy Saint-Hilaire). Pierre Delbet se demande « si le testicule ne serait pas comme tant d'autres glandes; si, à côté des spermatozoïdes, il ne sécréterait pas quelque produit résorbé par le sang, qui serait nécessaire pour entretenir l'équilibre de l'organisme ». Mais il y a à ce fait une objection sérieuse: c'est que la lésion d'un seul testicule amène parfois

l'hypertrophie du sein correspondant. Tel était, par exemple, le malade cité dans la thèse de Le Dentu, qui était atteint aussi d'une ectopie testiculaire unilatérale.

Que la gynécomastie soit primitive ou secondaire, elle peut être uni ou bilatérale, mais avec une fréquence inégale. Gruber, sur 45 observations où le côté de la malformation était noté, l'a rencontrée 5 fois à droite, 5 fois à gauche et 35 fois des deux côtés. Unilatérale, elle est souvent secondaire et s'accompagne alors fréquemment de lésions du testicule correspondant.

Le volume des glandes mammaires hypertrophiées est assez variable chez l'homme. C'est presque toujours celui de la mamelle d'une femme du même âge que le malade observé. Les seins peuvent cependant atteindre un volume considérable (Gruber, Petrequin). Dans les cas qui ont été examinés après autopsie, leur diamètre dépassait 4 centimètres. Dans l'observation de Scheiber, il était de 8^{cm},2 à gauche et de 8 centimètres à droite; l'épaisseur était de 1 centimètre environ et le poids de 65 grammes à droite et de 48 à gauche. Gruber donne des chiffres à peu près semblables et même, chez un vieillard de soixante-dix-huit ans, la mamelle la plus forte avait de 11^{cm},1 à 11^{cm},7 de diamètre et pesait 110^{gr},5. Or, on sait que, d'après Kölliker, la mamelle normale de l'homme mesure de 1 à 4 centimètres et pèse de 6 centigrammes à 8 grammes.

L'examen histologique de la mamelle hypertrophiée de l'homme a été fait plusieurs fois. Gruber en a donné une bonne description. Chez les jeunes gynécomastes, le corps glandulaire a un aspect régulier; le stroma est formé par un tissu conjonctif assez fort, s'éclaircissant par l'acide acétique, au point de permettre de distinguer les masses de noyaux longitudinaux décrits par Langer et situés parallèlement aux fibres. Les canaux galactophores, au nombre de quinze à vingt, se ramifient jusqu'au bord du corps glandulaire, où ils se terminent par deux à trois cæcums quelquefois en massue. Il n'a jamais trouvé de vésicules glandulaires. Chez les vieux gynécomastes, on rencontre surtout du tissu fibreux et les conduits galactophores s'y perdent après très peu de divisions dichotomiques. En outre, la glande subit la dégénérescence graisseuse. En résumé, pour Gruber, possibilité chez les jeunes sujets de la métamorphose progressive de la partie conductrice des glandes, jusqu'à la formation des vésicules glandulaires; mais chez les vieux, métamorphose régressive de la partie conductrice, marchant de pair avec le remplacement partiel du stroma glandulaire par des éléments graisseux. La description de Schuchardt s'accorde en tous points avec la précédente.

Schaumann (1) fait justement remarquer qu'à ce point de vue le mot gynécomastie est mal choisi, car il y a histologiquement une

(1) HUGO SCHAUMANN, Beitrag zur Kenntniss der Gynœcomastie. Inaug. Dissert. Würzburg, 1894.

différence essentielle entre le type glandulaire de la femme et celui de l'homme. Chez la première, on trouve des vésicules acineuses, surtout pendant la gravidité et la lactation et même avant ; chez le second, il n'y en a jamais.

Il existe, dans les observations, de nombreux cas de sécrétion lactée chez les gynécomastes. Thomas Bartholin parle d'un homme dont les mamelles fournissaient une si grande quantité de lait, « qu'on en fit un fromage ». On connaît aussi l'exemple classique de l'homme dont parle Humboldt, qui put nourrir un de ses enfants. On trouve des cas analogues dans la science, en assez grand nombre. Gruber a fait une critique très sévère de tous ces faits, « qui tous, dit-il, s'appuient sur des oui-dire. Aucun de ceux qui les ont rapportés n'a vu la nourrice masculine de son histoire allaitant l'enfant. Tout voyageur, si haut placé qu'il soit, mêle à son récit sérieux des histoires piquantes, sujettes à caution, pour en rendre la lecture plus agréable ». L'opinion de Gruber est sans doute trop exclusive et les cas de sécrétion lactée chez l'homme ne sont pas exceptionnels. Cependant il est probable que les sujets étaient déjà gynécomastes, car, par la succion, la glande mammaire normale ne saurait se développer assez rapidement pour produire du lait abondamment. Il est incontestable que la sécrétion par la glande mammaire a été observée chez l'homme, comme d'ailleurs chez certains animaux mâles (boucs, chiens, chats, etc.). L'individu dont Schmetzer rapporte l'histoire, en est un exemple. Il rendait en vingt-quatre heures, surtout la nuit, de 8 à 64 grammes de lait. On en recueillit 360 grammes en deux semaines. A ce point de vue, Gruber lui-même admet la sécrétion d'un liquide par les mamelles masculines, puisqu'il prétend même, à tort, que les gynécomastes primitifs sont les seuls qui offrent ce phénomène (12 cas sur 32). Schaumann a rapporté une intéressante observation de gynécomastie secondaire avec excrétion d'un liquide par le mamelon.

L'étiologie de la gynécomastie offre quelques points intéressants. Nous avons déjà dit que dans bien des cas, des lésions des testicules, congénitales ou acquises, avaient causé la lésion. Cette anomalie peut coïncider encore avec d'autres malformations, comme dans le cas de Wagner, où elle s'accompagnait d'une hypertrophie notable du membre supérieur correspondant.

Le traumatisme répété peut aussi être invoqué dans le développement exagéré de la glande mammaire de l'homme. Wagner en a encore rapporté un bel exemple. Son sujet, garçon potier de vingt-un ans, avait vu, à seize ans, sa mamelle droite grossir. Or, à cette époque, il tirait une voiture et la courroie, qui servait à la traction, appuyait sur sa région pectorale droite. Son sein gauche était normal. Il n'avait rien aux testicules ; sa voix était celle d'un homme et il avait des instincts masculins.

L'hérédité se rencontre quelquefois. Schaumann en cite deux

exemples chez des collatéraux : dans une famille, trois frères étaient gynécomastes ; il y en avait deux dans une autre. Hiller a observé cette anomalie chez le père et le fils.

L'âge joue un rôle important dans la pathogénie de cette affection. C'est presque toujours à la puberté que les mamelles commencent à s'hypertrophier. Cependant quelquefois ce phénomène se produit à un âge plus tendre : à la naissance (Labbé), à quatre ans (Olphan), à sept ans (Krieger), à douze ans (Belcher), à douze ans et demi (Williams). On l'observe rarement après l'âge adulte, et sur 48 cas, Gruber l'a rencontré 8 fois après quarante ans.

Les gynécomastes sont souvent des sujets mal développés. Ils sont malingres et chétifs. Peut-être est-ce là la cause de la corrélation qu'on a voulu établir entre la tuberculose et l'hypertrophie mammaire de l'homme. On note, en effet, souvent chez eux l'hérédité tuberculeuse et, arrivés à l'âge adulte, ils meurent fréquemment phtisiques.

Il n'est pas rare qu'ils soient mal développés intellectuellement. Le malade d'Antigoni Razzi était fou. A l'âge de vingt-cinq ans, il avait des périodes d'excitation bruyante avec l'idée fixe qu'il était transformé en femme. Pour le prouver, il pressait sur ses mamelles, qui laissaient écouler un peu de liquide semblable à du lait. Plus tard les idées de folie disparurent, ainsi que la sécrétion.

La pathologie de l'hypertrophie mammaire chez l'homme contient peu de faits. Puisqu'il y a sécrétion, il peut y avoir infection aiguë et abcès. Cependant nous n'en avons trouvé aucun exemple. Bryant a rapporté l'observation d'un gynécomaste de quarante-cinq ans atteint d'un fibro-adénome mammaire. Chez un jeune homme de seize ans, Foot a rencontré un kyste à la base du mamelon d'un sein hypertrophié. Enfin Williams cite l'exemple d'un clergymann goutteux de cinquante ans, gynécomaste, qui fut atteint de mastite goutteuse. Ce sont les seuls faits que nous ayons rencontrés.

Un gynécomaste peut-il avoir des enfants ? Non, disait-on autrefois, alors qu'on croyait que la malformation du sein était toujours liée à une lésion testiculaire profonde. Telle était l'opinion de Bedor. Cette affirmation est beaucoup trop absolue et la réponse dépend entièrement de l'état du testicule. Il existe de nombreux exemples de gynécomastes qui furent pères de plusieurs enfants.

Le traitement de la gynécomastie est, pour ainsi dire, nul. Si les seins sont volumineux, on conseillera le port d'un corset. Peut-être pourrait-on essayer de faire sur la région une compression légère. Enfin, plus rarement, si les seins sont douloureux ou gênent par leur volume, on sera autorisé à en faire l'ablation. Cette opération ne sera pas aussi étendue que celle que l'on pratique chez la femme pour le cancer du sein ; on se contentera, en effet, d'une simple incision par laquelle on extraira la glande et le tissu voisin ; mais on respectera le mamelon et son aréole.

C. **Anomalies de la sécrétion lactée.** — Avec tous les classiques, nous étudierons dans ce chapitre :

1° *L'absence de sécrétion lactée.* — 2° *L'excès de sécrétion.* — 3° *La sécrétion hétérochrone,* c'est-à-dire survenant en dehors de la lactation. Enfin, dans un quatrième chapitre nous signalerons quelques *vices de la sécrétion.* Quant aux faits de lactation chez l'homme, nous nous en sommes occupés à propos de la gynécomastie.

ABSENCE DE SÉCRÉTION LACTÉE OU AGALACTIE. — Pour qu'il y ait agalactie, l'absence de sécrétion doit être complète. Il ne se fait alors aucun changement dans les seins durant la grossesse, ni après l'accouchement, chez un sujet bien constitué. L'agalactie est bien plus rare que l'insuffisance de sécrétion lactée. L'anomalie est souvent héréditaire, ainsi que Puech en a rapporté un exemple. La femme dont il parle, mère de treize enfants, n'avait jamais eu de lait, bien que ses mamelles fussent d'aspect normal. Sa mère, qui avait eu vingt-trois enfants, n'avait, comme sa fille, jamais eu de lait. Féré a noté que l'agalactie familiale prédispose au cancer du sein.

L'absence de sécrétion lactée est le plus souvent bilatérale. Il est exceptionnel de la voir se produire d'un seul côté.

Comme *traitement*, on pourra essayer la succion et une nourriture tonique. Williams recommande en outre l'électricité et le massage des mamelles, ainsi que de la région de l'ovaire et de la moelle épinière. Il y joint le café et le jaborandi comme galactogène.

EXCÈS DE LA SÉCRÉTION LACTÉE OU GALACTORRHÉE. — Cette anomalie se présente sous deux formes. Tantôt il y a, pendant un temps donné, une production excessive de lait, survenant pendant la période de lactation physiologique. Telle était la malade de G. de Mussy, qui perdait 7 litres de lait par jour. Tantôt, il s'agit simplement d'une prolongation exagérée de la période de lactation. Ce fait est normal dans certains pays, au Japon, par exemple, où les enfants continuent à prendre le sein pendant toute leur enfance. Boerhaave cite une femme qui conserva du lait dans ses seins pendant douze ans. Horace Green parle d'une autre, qui présenta le même phénomène pendant quatorze ans et put ainsi, étant devenue grand-mère, contribuer à l'allaitement de son petit-enfant. Cette galactorrhée est bilatérale. Gibbons est le seul auteur qui ait rapporté un fait dans lequel la sécrétion n'avait lieu que d'un seul côté.

Dans quelques cas, on a noté l'hérédité de cette anomalie.

Ces faits de prolongation de la sécrétion lactée au delà de la période habituelle doivent être mis en parallèle avec ce qui se passe chez les vaches, qui, grâce à l'élevage et à la sélection, continuent à avoir du lait, quand leur veau ne tette plus. Or, en Colombie, d'après l'*Encyclopædia Britannica*, les vaches, revenant à leur état naturel, n'ont plus de lait, dès que leur veau n'est plus près d'elle.

Comme premier *traitement* de la galactorrhée, on devra cesser de

donner le sein à l'enfant et essayer de rétablir le cours des règles, si elles n'ont pas apparu encore. Localement, outre la compression, on a conseillé, la teinture d'iode, la belladone, la cocaïne, la menthe et, à l'intérieur, l'iode, le bromure de potassium, l'agaric blanc et plus récemment l'antipyrine.

SÉCRÉTION HÉTÉROCHRONE. — La lactation physiologique n'a lieu qu'après la parturition. Donc, toute sécrétion lactée, en dehors de la puerpéralité, devrait être étudiée ici. Il est cependant de règle d'éliminer de cette étude l'excrétion qui se fait par les seins des nouveau-nés des deux sexes et qui, depuis longtemps, a attiré l'attention des auteurs (Schmid, Cerdon, J. Camerarius, etc.). Quelques-uns voient, dans ce phénomène, de l'infection et considèrent le liquide, excrété sous forme d'une gouttelette plus ou moins trouble, comme du pus. Mais il s'agit là plutôt d'une poussée sécrétoire de la glande, analogue à celle qui se reproduira plus tard, à la puberté, surtout chez les jeunes filles, au moment de l'établissement des premières règles. Baudelocque a rapporté un fait devenu classique de sécrétion lactée chez une fillette de huit ans qui avait dû donner le sein à un jeune enfant. L'influence de la succion du mamelon sur la sécrétion lactée est connue depuis fort longtemps, et déjà en 1672, dans les *Éphémérides des Curieux de la nature*, François Bouchard insistait sur ce fait. Il en existe aujourd'hui de nombreux exemples, soit chez les filles vierges, soit chez les femmes âgées. Une lésion des ovaires peut agir de la même façon. A ce sujet, Engström (1) rapporte le cas d'une femme de trente-six ans, qui subit la laparotomie pour un kyste dermoïde de l'ovaire gauche. Après sa guérison, elle éprouva un vif désir d'avoir un enfant et, quelques mois après, vit grossir ses mamelles, desquelles bientôt le lait sortait assez abondamment, bien qu'elle continuât d'être bien réglée. Cette sécrétion dura deux ans.

VICES DE SÉCRÉTION. — Nous n'entreprendrons pas l'étude de toutes les variations que peut subir le lait. Il varie souvent d'une femme à l'autre, sans que la nutrition du nourrisson s'en ressente. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Aussi faut-il savoir distinguer une bonne d'une mauvaise nourrice, ce qui tient non seulement à la quantité de lait, mais encore à sa qualité. Les traités d'obstétrique nous apprennent à quels signes nous les reconnaitrons. Aussi nous n'insisterons pas davantage sur ce sujet.

Nous désirons cependant attirer l'attention sur un fait signalé récemment par A. Moussous (de Bordeaux) (2). C'est l'influence qu'un lait trop riche en beurre joue sur la production d'une pseudo-lithiase intestinale chez les jeunes enfants. On trouve alors, dans les matières fécales, des corpuscules arrondis, jaunâtres, du volume de petits

(1) ENGSTRÖM, *Ann. de gynéc.*, 1889.

(2) A. MOUSSOUS, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1897.