

Le *diagnostic*, souvent facile, nécessitera dans quelques cas un examen minutieux.

S'agit-il d'une tumeur fantôme? On aura soin de palper le sein à plat, d'écraser en quelque sorte la glande contre la paroi thoracique. On verra ainsi que ce que la malade prenait pour une tumeur n'est le plus souvent que quelques lobules perceptibles d'une glande mammaire saine et bien développée.

Mais, s'il y a nettement une tumeur, l'embarras sera plus grand.

Deux cas peuvent se présenter. D'abord une tumeur quelconque, un carcinome par exemple, s'est développée chez une femme hystérique. On devra faire la part de ce qui revient au néoplasme et à l'élément nerveux, car, chez cette malade, la lésion évoluera parfois avec des signes rappelant la mastodynie. Le diagnostic sera d'autant plus embarrassant que, dans la seconde forme, on sera en présence de tumeurs purement nerveuses, guérissant par la suggestion seule, ainsi que Fowler en a rapporté des observations. Des amputations ont été faites pour des cas de ce genre par des cliniciens consommés. C'est dire combien un tel diagnostic est difficile. Il le sera encore davantage si la tuméfaction s'ulcère, ce qui est rare.

Nous distinguerons encore de la mastodynie les observations de névralgie intercostale s'accompagnant de douleurs dans le sein. Les faits de ce genre existent, mais, loin de prétendre, comme Valleix et Lechat (1), que la mamelle irritable n'est qu'une forme de névralgie intercostale, nous l'en séparerons complètement et nous ferons remarquer combien ces cas sont exceptionnels. Cependant il y en a des observations incontestables (Kirmisson). On retrouvera alors les points douloureux classiques sur le trajet des nerfs atteints.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic du fibrome sous-cutané douloureux qui se présente ici avec ses symptômes propres. Son étude a été faite dans le tome I.

Si l'on tient compte de la ténacité et de la longue durée des accidents nerveux du sein, le *pronostic* doit être considéré comme grave, surtout si les crises sont très douloureuses et très fréquentes. « Certaines malades arrivent à tout craindre, à ne plus oser remuer. Il en est qui perdent le sommeil, qui maigrissent, dont la santé s'altère, sous l'influence de cet état d'angoisse permanent. » (P. Delbet.)

Aussi ces malades viennent-elles consulter, réclamant à tout prix qu'on les débarrasse de leurs souffrances. Malheureusement le *traitement* offre peu de ressources.

A-t-on affaire à une tumeur fantôme? La persuasion arrivera parfois — nous ne disons pas toujours — à convaincre la malade de l'inanité de ses craintes. Dans un cas de ce genre, chez une femme albuminurique, nous ne sommes arrivés à la tranquilliser qu'en nous

(1) LECHAT, De la névralgie de la mamelle, thèse de Paris, 1859.

entendant avec un confrère pour lui persuader, chacun séparément, qu'il y avait antagonisme absolu entre l'albuminurie et le cancer.

S'il existe une tumeur, doit-on opérer? Oui, si la tumeur par elle-même exige une intervention, mais on se souviendra que, chez une malade très nerveuse, les douleurs pourront persister encore, lorsque la glande elle-même aura été enlevée.

La tuméfaction est-elle due à un noyau de mastite? On aura recours à la compression, parfois avec succès.

Mais, dans tous les autres cas (tumeur nerveuse, sein hystérique), on devra s'abstenir de tout traitement chirurgical ou même local.

Le séton, autrefois en faveur, les incisions sous-cutanées de Rufz sont aujourd'hui justement abandonnés. L'extirpation totale de la glande, qui, d'après Connard, aurait donné un succès à Boyer, n'amène le plus souvent aucun résultat. On rejettera aussi les autres traitements : « applications locales variées, compression élastique, qui ne conduisent en somme qu'à fixer de plus en plus cette manifestation d'ordre psychique qui doit, de ce chef, être traitée par des procédés tout à fait différents de ces excitations localisées ». (Gilles de la Tourette.)

Peut-être pourrait-on faire exception pour l'électrisation galvanique du sein, qui semble avoir donné à Wood (1) de bons résultats. De même encore, s'il existe des lésions inflammatoires du côté des organes génitaux, on dirigera d'abord contre elles un traitement approprié qui suffira quelquefois à faire cesser les douleurs mammaires.

Mais, le plus souvent, le traitement sera plutôt médical que chirurgical et c'est par des moyens psychiques (suggestion à l'état de veille ou de sommeil) qu'on obtiendra les meilleurs résultats. Weir Mitchell conseille, dans le même but, le changement de milieu et les voyages.

VIII

TUMEURS DE LA GLANDE MAMMAIRE

Nous n'étudierons que les tumeurs nées primitivement dans la glande elle-même. Nous renvoyons au chapitre suivant la description des tumeurs conjonctives pures (fibromes, sarcomes, etc.). « Autour des acini, dit en effet P. Delbet (2), on trouve une zone de tissu conjonctif assez délicat, généralement ordonné en strates concentriques. On peut l'appeler tissu conjonctif périacineux. Entre les acini il

(1) Wood, *Philad. med. Times*, 1882.

(2) Voy. t. 1^{er} de ce *Traité*, p. 509.

existe, au contraire, un tissu conjonctif plus grossier sans disposition architecturale particulière qu'on peut appeler tissu interacineux. C'est ce dernier qui est l'origine des tumeurs conjonctives vraies. Aussi ces tumeurs repoussent-elles, en se développant, les éléments glandulaires à la périphérie. Au contraire, dans les adénomes, c'est le tissu périacineux qui s'hypertrophie en même temps que l'élément épithélial. Aussi trouve-t-on au centre des noyaux fibreux des éléments glandulaires plus ou moins altérés... »

On nous objectera que cliniquement les tumeurs conjonctives vraies ressemblent absolument à celles de la glande. Mais histologiquement leur limitation nous a paru assez nette pour les placer dans les tumeurs de la région mammaire de façon à étudier avec plus de clarté le groupe des tumeurs glandulaires proprement dites. D'ailleurs, elles sont rares.

A l'encontre des *tumeurs malignes épithéliales*, qui forment une espèce parfaitement définie, les autres tumeurs du sein « ne présentent jamais de types purs ; on y trouve toujours deux espèces d'éléments : les uns conjonctifs, les autres glandulaires ». Quel est celui des deux qui est le premier frappé ? La question reste toujours pendante et l'accord n'est pas encore fait entre les partisans de la doctrine de l'*adénome* et ceux qui admettent l'*origine conjonctive* des tumeurs bénignes.

La solution de ce difficile problème semble toutefois avoir été résolue par Pierre Delbet, qui, après avoir étayé son argumentation sur l'anatomie et la clinique, s'est nettement prononcé en faveur de la théorie glandulaire. Pour lui, le premier élément qui prolifère est l'acinus ; il y a *adénome* ou plutôt *acinome* ; mais ce n'est point là un type de tumeur capable d'être individualisé, car il ne s'agit jamais d'un type pur. « C'est plutôt un stade, une phase destinée à subir des modifications ultérieures et à évoluer suivant deux types différents : suivant le type épithélial, par prolifération et modification des cellules de l'épithélium ; suivant le type conjonctif, par prolifération du tissu conjonctif périacineux. »

Cette évolution selon divers types nous amène à décrire : 1° des *tumeurs adéno-conjonctives* ; 2° des *tumeurs épithéliales*.

Les premières se subdivisent elles-mêmes en deux grandes variétés, selon que le processus évolue vers le type fibreux : *adéno-fibrome*, ou le type embryonnaire : *adéno-sarcome* ou le type muqueux : *adéno-myxome*.

TUMEURS ADÉNO-CONJONCTIVES

Virchow a distingué dans la mamelle deux variétés de fibromes et de sarcomes : la *forme diffuse* et la *forme circonscrite*.

Cette division ne mérite d'être conservée qu'en ce qui concerne les fibromes et peut-être les myxomes — tumeurs très rares — car les sarcomes n'ont, dès le principe, aucune tendance à l'envahissement des tissus. Ce sont des néoplasmes primitivement encapsulés et qui ne deviennent diffus que dans les phases ultimes de leur évolution.

Tumeurs adéno-conjonctives diffuses. — ADÉNO-FIBROMES DIFFUS OU HYPERTROPHIE GÉNÉRALE DE LA MAMELLE. — Cette variété de fibromes a reçu de Virchow le nom de *tumeur éléphantiasique* de la mamelle. Jusqu'ici les auteurs classiques ont rangé cette affection parmi les tumeurs ; P. Delbet seul en a fait une anomalie acquise, car elle n'a pas, pour lui, les caractères des néoplasmes. Elle constitue une hypertrophie véritable, analogue à celles qu'on a observées sur les membres ou sur les segments de membre.

Les *caractères anatomo-pathologiques* que nous avons relevés avec soin dans les observations nous empêchent d'adopter une semblable modification. En voici tout d'abord l'exposé.

Les seins offrent les plus grandes variations de forme et de volume. Arrondis et fermes au début, ils sont plus tard flasques et pendants. Ils tendent à se pédiculiser et finissent par gagner l'ombilic, les épines iliaques, la région pubienne.

Leur grosseur et leur poids sont parfois considérables. Les mamelles d'une jeune femme de vingt-deux ans, observée par Monod (1), étaient si développées qu'elles mesuraient 86 et 89 centimètres et le diamètre de l'aréole était de 14 centimètres. Ces dimensions ont même été dépassées. Le poids est en proportion de ces chiffres. Manec (2) a enlevé deux mamelles pesant 15 et 16 livres, Huston (3) parle d'un sein dont le poids était de 20 livres ; Skuhersky (4) de 19 livres viennoises, et Hunter Lane (5) de 30 livres. D'après la statistique de Puech, le poids oscille généralement entre 4 et 15 kilogrammes.

Toute la glande est entourée par une enveloppe fibreuse d'épaisseur variable. C'est tantôt un mince feuillet qui s'enlève facilement, tantôt une coque plus épaisse, résistante, qui rappelle parfois la consistance lardacée.

Au-dessous, on voit les lobes de forme et de grandeur différentes,

(1) MONOD in ROMEG, De l'hypertrophie générale de la glande mammaire chez la femme dans le cours de la grossesse, thèse de Paris, 1881.

(2) MANEC, *Gaz. des hôp.*, 1859, n° 12.

(3) HUSTON, *The Amer. Journ. of med. science*, t. XIV, 1834.

(4) SKUHERSKY, Énorme hypertrophie. Beider Brüste in *Weitenweber's neue Beiträge zur med. und Chir.* Prague, 1841.

(5) HUNTER LANE, *Schmidt's Jahrbuch*, 1835, p. 171.

circonscrits par une membrane fibreuse et isolés les uns des autres.

A la coupe, on retrouve ces masses lobaires dont le volume atteint jusqu'à la grosseur du poing; leur tissu est blanc, élastique et leur consistance n'est pas partout la même. Les uns sont durs et ne se laissent pas écraser par la pression du doigt; d'autres sont moins résistants.

En sectionnant une mamelle qu'il avait enlevée, Demarquay (1) constata que l'aspect était blanchâtre, granuleux, graissant peu l'instrument tranchant. Ces granulations étaient parcourues de petits canaux dont la surface interne était lisse, polie, humectée par un liquide onctueux. Elles formaient des culs-de-sac plongeant dans la gangue fibreuse. Dans deux ou trois lobes, l'élément glanduleux existait encore, mais en moins grande abondance; il n'y avait plus que quelques granulations blanchâtres, perdues dans une graisse jaunâtre parcourue par des bandes fibreuses. Les lobes, de consistance dure, présentaient à la coupe une surface unie, presque lisse; leur aspect rappelait tout à fait celui des tumeurs dites fibreuses.

Parfois, il n'y a pas trace de canaux galactophores; dans d'autres cas, au contraire, ces conduits acquièrent un volume considérable. A la section d'une mamelle hypertrophiée après deux grossesses, Lotzbeck (2) trouva un abondant stroma fibreux, parsemé d'acini s'ouvrant par des conduits extrêmement longs dans les gros canaux galactophores. Ceux-ci étaient si volumineux, chez une jeune fille de dix-sept ans opérée par Manec, que leur cavité recevait le petit doigt; « ils étaient remplis, par place, d'un liquide séro-muqueux et dans d'autres lieux de véritable lait ». Il n'est pas rare de rencontrer des kystes tantôt nombreux et petits, tantôt volumineux et plus rares « pouvant contenir plusieurs centaines de grammes de liquide ».

Les veines sont élargies, tandis que les artères sont normales (Labarraque) (3). Skuhersky a signalé la dilatation lymphatique.

Les caractères *microscopiques* des lésions varient avec le degré d'évolution de la maladie et les portions de tissus examinées. Dans le cas de Demarquay, dont nous avons déjà parlé, deux fragments étaient en grande partie constitués par de superbes vésicules adipeuses; à part deux ou trois autres îlots qui renfermaient du tissu mammaire normal, tout le reste offrait une structure identique et était formé de tissu fibreux à différents états.

P. Coyne (4) nous a obligeamment montré les coupes d'une mamelle hypertrophiée enlevée par Lanelongue (de Bordeaux) (fig. 13, 14, 15 et 16). Sur les parties les plus récemment atteintes,

(1) DEMARQUAY, *Gaz. méd. de Paris*, 1859.

(2) LOTZBECK, *Schmidt's Jahrbuch*, t. CVI, 1860.

(3) LABARRAQUE, *Étude sur l'hypertrophie générale de la glande mammaire chez la femme*, thèse de Paris, 1875.

(4) P. COYNE in F. CHAUVIN, *Recherches sur l'origine des vaisseaux lymphatiques dans la glande mammaire*, thèse de Bordeaux, 1897.

on assistait à la pénétration des tractus fibreux dans l'intérieur du pannicule adipeux interlobulaire; les artérioles et les vésicules qui traversaient ces lobules adipeux avaient leurs parois plus épaisses; elles étaient entourées d'éléments leucocytiques; le vaisseau lymphatique, qui les accompagnait, était dilaté.

Les vésicules adipeuses étaient plus volumineuses qu'à l'état normal et les cloisons qui les séparaient étaient élargies par places.

A un degré plus avancé, on apercevait des groupes de huit à dix vésicules adipeuses, séparées les unes des autres par des masses de

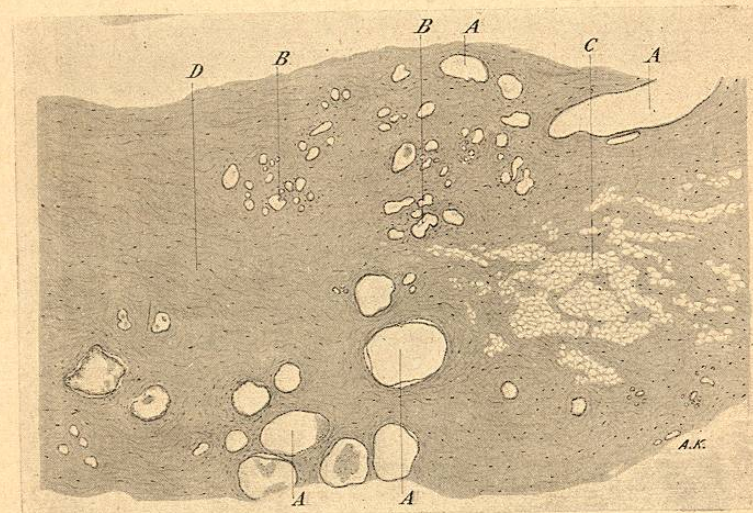


Fig. 13. — A A, kystes adultes; B B, kyste en voie de formation avancée; C, tissu cellulo-adipeux traversé par des bandes de tissu conjonctif à divers stades d'évolution. (Préparation de P. COYNE.)

tissu conjonctif sclérosé, dans lesquelles apparaissaient les coupes des vaisseaux artériels et veineux à parois très épaisses et des lacunes lymphatiques à cavités très dilatées. C'est dans le tissu conjonctif, ainsi modifié, qu'on rencontrait des éléments glandulaires très clairsemés dont on pouvait suivre l'évolution successive vers la formation kystique.

D'après Labbé et Coyne (1), l'hypertrophie générale de la mamelle n'est qu'une forme particulière du fibrome diffus, dont l'évolution anatomique passe par deux périodes. Au début, la peau est épaissie. La couche cellulo-adipeuse sous-cutanée est envahie en masse par l'hyperplasie, qui pénètre en même temps entre les lobes glandulaires. La charpente fibreuse de la glande est également atteinte « et forme

(1) LABBÉ et COYNE, *Traité des tumeurs bénignes du sein*. Paris, Masson, 1876.

ainsi une sorte de gangue plus ou moins compacte au milieu de laquelle se perdent les divers éléments glandulaires ». La prolifération du tissu conjonctif est active, mais les vaisseaux restent intacts.

Plus tard, surviennent des phénomènes de régression : l'atrophie succède à l'hypertrophie. Le tissu interlobulaire devient dur et sec ; les acini, comprimés par la condensation du tissu conjonctif, sont étranglés et s'effacent ; leur épithélium disparaît. Les conduits galactophores subissent le même sort ; « ils sont atrophiés en certains points,

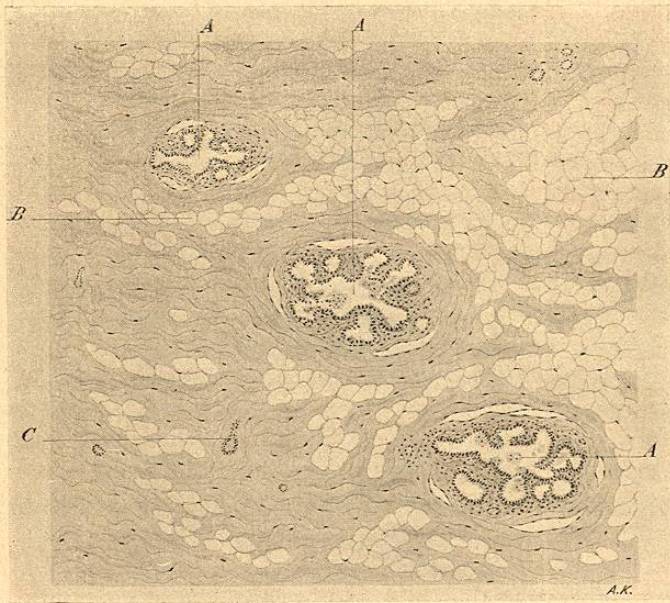


Fig. 14. — A A A, début de formation kystique par altération muqueuse de l'épithélium des éléments glandulaires. Chaque kyste est entouré par des lacunes lymphatiques périglandulaires de forme semi-lunaire ; B B, vésicules adipeuses hypertrophiées ; C, début de l'altération kystique dans un élément glandulaire isolé. (Préparation de COYNE.)

tandis qu'en d'autres, ils concourent à la formation de petites dilatactions kystiques ». Si, à cette période de régression, le sein reste parfois volumineux, c'est que l'infiltration adipeuse est abondante ou que les cavités kystiques sont grandes.

Toutes ces lésions si diverses dépendent d'une même affection dont le développement est en relation avec l'âge de la malade.

Il résulte d'une étude de 26 faits, rassemblés par Labarraque, que l'hypertrophie de la mamelle atteint principalement les femmes entre quatorze et trente ans. Une autre statistique, qui ne tient compte que de l'hypertrophie non liée à la grossesse, a été faite par P. Delbet, qui, sur 27 cas, en a trouvé 25 dont le début avait eu lieu avant l'âge de

vingt ans. C'est donc vers la puberté qu'apparaît cet état particulier des mamelles qu'on est convenu d'appeler hypertrophie générale.

Or, le sein de la femme, en dehors de la grossesse, est constitué par une gangue fibreuse dans laquelle se ramifient quelques conduits galactophores. Lorsque la masse de ce tissu, dit Cadiat (1), devient plus volumineuse, « ce qui s'hypertrophie surtout, c'est la plaque fibreuse, c'est là un vrai type d'hypertrophie mammaire, puisqu'il reproduit exactement la structure du sein à l'état normal ».

P. Delbet partage aussi cette opinion, car, d'après lui, si l'élément



Fig. 15. — A, cavité kystique ; B B, épithélium de revêtement proliféré et atteint par l'altération muqueuse ; C C, lacunes lymphatiques périglandulaires. (Préparation de P. COYNE.)

fibreux prédomine en dehors de la gestation, l'élément glandulaire reprend au contraire le dessus pendant la grossesse et la lactation.

Nous croyons, pour notre part, qu'à côté de l'hypertrophie mammaire qui reproduit exactement le tissu normal de la glande, — *hypertrophie physiologique*, — il faut décrire une *hypertrophie pathologique*. Les lésions qui caractérisent cette forme, sa marche, ses complications ne nous autorisent nullement à la regarder comme une simple anomalie. Et, sans rien préjuger de la nature de cette affection encore si mal connue, nous croyons plus rationnel de ne pas la séparer des adéno-fibromes.

Nombreuses sont les causes *étiologiques* invoquées pour l'expliquer. On a successivement incriminé « le tempérament lymphatico-sanguin

(1) CADIAI, Du développement des tumeurs cystiques du sein, thèse de Paris, 1874.

avec tendance prononcée à l'activité sexuelle, l'usage des boissons excitantes à l'époque de la puberté, les excitations répétées des mamelles, les refroidissements, les violences extérieures quelconques, les troubles menstruels et la grossesse.

De toutes ces causes, ce sont les troubles de la menstruation qui



Fig. 16. — A A A, petits kystes en voie de formation et démontrant l'altération muqueuse de l'épithélium glandulaire; B, grand kyste formé par la réunion de plusieurs kystes plus petits; C C, lacunes lymphatiques péri kystiques; D D, tissu conjonctif sclérosé. (Préparation de P. COYNE.)

semblent exercer l'influence la plus évidente; ils sont des plus variables dans leurs manifestations.

L'hypertrophie débute parfois avant l'apparition des règles, cet comme dans les cas de Marjolin, de Malgaigne, de Manec, Hunter-

Lane a vu une jeune fille de dix-neuf ans, non réglée, dont l'excès de développement mammaire était apparu deux ans auparavant.

Elle peut aussi coïncider avec la première menstruation (Huston, Richet, etc.), ou se développer chez des femmes qui ont des pertes cataméniales très irrégulières (Fingerhuth) (1). On a noté enfin la brusque suppression des règles. Grahs (2) a observé une femme chez qui la menstruation, jusque-là régulière, s'arrêta après un bain. Dès lors, les seins commencèrent à s'hypertrophier; deux ans après, ils avaient acquis un tel volume qu'ils couvraient en entier le thorax. Une autre malade de Bouyer (3) (de Saintes), réglée à dix-huit ans, avait vu, à la suite d'un arrêt des règles, ses mamelles grossir dans une proportion telle qu'au bout d'un an elles présentaient 45 centimètres de longueur, de la base au mamelon, 80 centimètres de circonférence à la partie moyenne et 65 au pédicule.

En dehors de l'âge et des troubles menstruels, la grossesse joue un rôle tel qu'à côté de l'hypertrophie de la puberté (4), on a décrit l'hypertrophie gravidique. La maladie apparaît au début ou à la fin de la gestation; les observations de Van Swieten, de Jördens, de Skuhersky, etc., sont intéressantes à cet égard. Nous y reviendrons à propos des symptômes.

En résumé, l'adéno-fibrome diffus est lié au développement du sein, mais il est en rapport aussi avec la fonction ovarienne physiologique. Nous en avons cité des exemples. Il semble en outre que les troubles pathologiques de l'ovaire influent sur l'hypertrophie générale de la mamelle. Les seins de la malade de Mac Swiney (5) diminuaient à chaque période menstruelle pour reprendre ensuite leur volume antérieur.

Dans un autre cas, Huston constata à l'autopsie que les ovaires étaient plus gros qu'à l'état normal et semblaient malades. Dans l'observation de Grahs, la mort survint par péritonite après rupture d'un kyste de l'ovaire droit, alors que la mamelle correspondante était la plus volumineuse.

Ces faits sont à rapprocher de la flétrissure des seins notée après la castration ovarienne. Et même l'observation de Grahs n'est-elle pas

(1) FINGERHUTH, *Zeitschr. für die gesamt. Medic.*, 1873.

(2) GRAHS, *Schmidt's Jahrbücher*, Band CXVIII, 1863, p. 44.

(3) BOUYER, *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XVI, 1850-51.

(4) De ces hypertrophies de la puberté et de la grossesse, il conviendrait peut-être de rapprocher une *hypertrophie infantile*. Mais il s'agit plutôt dans ces cas d'une apparition précoce de la puberté avec développement exagéré des seins pour l'âge de l'enfant et développement parallèle des organes génitaux (fonctions menstruelles prématurées, poils sur le pubis, etc.). Ce sont plutôt des anomalies, qui n'ont rien de commun avec l'adéno-fibrome diffus. D'ailleurs ces cas sont extrêmement rares; nous n'en avons trouvé que quatre exemples. Ce sont ceux de : BOURJOT SAINT-HILAIRE, *Gaz. méd. de Paris*, 1832; — WILSON, *Gaz. des hôp.*, 1854; — GROUT, *Arch. gén. de méd.*, 1854; — RAMON DE LA SAGRA, *Acad. des sc.*, 1865.

(5) MAC SWINEY, *The Dublin quarterly Journ. of med. science*, vol. XLIX, 1870.

l'homologue des cas dont nous avons parlé à propos de la gynécomastie, dans lesquels la lésion d'un seul testicule amène l'hypertrophie du sein correspondant ?

En présence de tous ces faits, nous nous demandons vraiment si l'on ne pourrait pas faire dépendre l'hypertrophie mammaire de la fonction ovarienne troublée dans sa sécrétion interne ?

Les *symptômes* de l'hypertrophie mammaire sont à peu près les mêmes dans toutes les observations. Le début est insidieux (1) et ne s'accompagne ni de douleurs, ni de troubles dans les grandes fonctions. Il ne cause aucune inquiétude ; il semble seulement que la malade « prend de la gorge » (Velpeau).

Les deux seins ne sont pas toujours pris simultanément ; s'ils sont atteints en même temps, ils peuvent l'être inégalement.

D'après Labarraque, il faut distinguer deux périodes dans l'évolution de la maladie. Tout d'abord, les seins se développent en conservant toute leur fermeté et leur élasticité. « On croirait avoir sous les yeux un de ces magnifiques hémisphères si souvent rêvés, si souvent figurés par les artistes ou par les poètes de l'antiquité. » La peau est blanche ou un peu rosée, parfois même un peu congestionnée. Elle est doublée d'un panicule épais ; une exploration attentive permet, seule, de reconnaître les lobes de la glande plus

(1) On trouve dans la Collection Académique (Partie étrangère, t. II) une observation remarquable par son début rapide, dont voici des extraits. « Il y a auprès de cette ville une femme âgée de vingt-trois ou vingt-quatre ans, nommée *Elizabet Trevers* ; elle a la taille petite, les cheveux bruns, le teint beau, et a toujours joui d'une bonne réputation, quoique pauvre et de basse condition. Elle s'étoit toujours bien portée jusqu'au vendredi 3 juillet 1669, qu'elle se coucha en bonne santé ; mais après avoir dormi aussi bien et aussi longtemps qu'elle eût jamais fait, elle fut étonnée le lendemain matin de ne pouvoir se tourner à cause d'une enflure extraordinaire, qui étoit survenue à ses mammelles. Leur poids l'empêcha de se lever sur son séant, malgré tous les efforts qu'elle fit pour cela, et elle a toujours resté couchée depuis ce tems-là : elle ne sentoit cependant aucune douleur, ni aucune foiblesse dans ses mammelles, ni dans aucune autre partie de son corps... Comme ses menstrues s'étoient arrêtées depuis six mois, je lui prescrivis des Emmenagogues, et une saignée. Elle avoit les mammelons durs et enflés, et ses mammelles ne paroisoient être autre chose qu'une infinité de tuyaux, et un peu d'air et d'eau. Nous conjecturâmes que la gauche pouvoit peser 25 livres et la droite un peu moins... »

« *Elizabet Trevers* mourut la nuit du jeudi 21 octobre. Le lendemain matin j'envoyai chercher un chirurgien et quelques autres personnes, pour être présentes à l'ouverture de ses mammelles. Nous ne coupâmes cependant que la gauche, parce qu'elle étoit la plus grosse ; elle pesa 64 livres ; nous n'y trouvâmes ni eau, ni humeur cancéreuse, ni d'autre vice que sa grosseur prodigieuse. Les vaisseaux et le parenchyme en étoient blancs et très solides, et tels qu'on les trouve dans les plus saines mammelles des femmes et dans les tétines de tous les animaux... Je joins ici trois mesures dont la première, qui est de 3 pieds 2 pouces et demi, est celle de la largeur des mammelles depuis l'extrémité de l'une jusqu'à l'extrémité opposée de l'autre... La seconde fait voir la circonférence des mammelles prises en long qui est de 4 pieds et de 4 pouces. La troisième, qui est celle de la largeur, a 3 pieds 4 pouces et demi.

« Nous ne coupâmes pas la mammelle droite, mais nous jugeâmes qu'elle pouvoit peser 40 livres... »

Il s'agit là d'un fait ancien, extraordinaire. Nous le donnons sous toutes réserves.

développés et plus espacés qu'à l'état normal. Les symptômes subjectifs sont à peu près nuls. Il y a cependant des femmes qui s'accu-



Fig. 17. — Hypertrophie mammaire chez une jeune fille de dix-sept ans. — Les mamelles de cette jeune fille représentaient deux énormes appendices pédiculés tombant sur la poitrine et le ventre qu'ils recouvraient presque en totalité jusqu'au pubis. Mesurées dans la partie qui présente le plus grand développement, elles avaient une circonférence de 75 centimètres à gauche et de 72 centimètres à droite. La circonférence de leur pédicule étoit de 50 centimètres environ ; leur poids, autant qu'il a été possible de l'apprécier, de 6 kilogrammes et demi pour la droite et de 7 pour la gauche, qui paroissoit un peu plus développée. La peau qui recouvrait ces immenses glandes mammaires ne paroissoit en aucun point avoir subi aucune altération, aucune modification de sa texture. L'opération fut faite en deux fois ; la première le 24 novembre 1858, et la seconde le 26 décembre suivant. Les suites de cette double opération ont été satisfaisantes. (Cas de MALAEC, *Gazette des hôpitaux*, 29 janvier 1859, p. 45.)

sent des pincements, des picotements et même de vives douleurs. Une malade de Malgaigne se plaignait de ressentir des piqûres d'épingle.