

picotements. Il y a même des cas où la sensibilité est émoussée : des ponctions au bistouri ont été à peine senties. Cependant, il arrive parfois qu'elles deviennent le siège de douleurs assez vives : élancements, sensations de pincement, de brûlures, de piqûres.

L'affection ne peut guère atteindre ses degrés ultimes sans retentir sur l'état général. Les troubles de la menstruation sont fréquents, mais ne présentent rien de caractéristique. On a signalé des modifications de la voix, qui prendrait un timbre rauque spécial, surtout au moment des règles, ou à leur époque présumée lorsqu'elles ont disparu. La nutrition s'altère, les digestions se troublent, l'appétit se perd, l'amaigrissement survient.

Il faut ajouter la gêne mécanique causée par ces masses énormes, dont le poids a pu dans certains cas égaler et même dépasser celui du reste du corps. Si au début les malades peuvent encore les soutenir par quelque bandage plus ou moins ingénieux passant autour du cou, bientôt aucun moyen ne permet plus de les contenir. La respiration est gênée par la compression du thorax et de l'abdomen. Tout travail devient impossible. La colonne vertébrale s'incline en avant et parfois le poids est tel que les malades ne peuvent plus le porter. Elles sont obligées de rester assises, les seins appuyés sur les genoux, ou de vivre couchées sur le côté.

**Marche. — Terminaison.** — L'hypertrophie des mamelles a presque toujours une marche rapide. En deux, trois ou quatre mois, elle atteint un volume considérable. Parfois elle marche plus lentement et il faut une ou deux années pour que l'état d'infirmité soit atteint. Dans l'hypertrophie gravidique, la marche est toujours rapide.

La terminaison et par suite le pronostic diffèrent notablement, suivant qu'il s'agit de l'hypertrophie de la puberté ou de celle de la grossesse.

Sur 29 cas d'hypertrophie de la puberté, je n'en connais que deux qui se soient terminés par la guérison, c'est-à-dire par le retour des mamelles à un volume à peu près normal. C'est le cas de Benoit et Monteils<sup>(1)</sup>. L'hypertrophie avait débuté à quatorze ans et demi. A seize ans, la circonférence du sein droit mesurait 94 centimètres et celle du sein gauche 1<sup>m</sup>,5. L'état reste stationnaire jusqu'à vingt-quatre ans, époque où la malade se marie. A partir du mariage, les mamelles diminuent de volume, et après trois grossesses elles ont perdu leur apparence difforme et peuvent être facilement contenues dans un corset. L'autre cas est celui de la malade dont j'ai précédemment parlé. Depuis sa grossesse les seins ont diminué. Ce sont des besaces informes, mais d'un volume modéré. Dans les autres cas où la malade est devenue enceinte, et ils sont rares, car les troubles menstruels qui accompagnent si fréquemment l'hypertrophie semblent être un obstacle à la conception, la grossesse a eu sur la malade une influence néfaste. Les seins ont encore augmenté de volume; l'une des deux malades a succombé<sup>(2)</sup>; chez l'autre il a persisté une galactorrhée abondante et il a fallu en venir à l'amputation<sup>(3)</sup>. Ces faits ont une grande importance, car Velpeau professait une opinion diamétralement opposée et conseillait le mariage comme moyen de traitement.

L'hypertrophie, après avoir atteint un certain degré, peut rester stationnaire.

<sup>(1)</sup> BENOIT et MONTEILS, *Montpellier médical*, juin 1877.

<sup>(2)</sup> Cas de Billroth, cité plus haut.

<sup>(3)</sup> Cas de Lotzbeck, également cité.

C'est cette terminaison que Fingerhut<sup>(1)</sup> appelle guérison, mot tout à fait impropre, puisque jamais, sauf dans les deux cas que je viens de citer, les seins ne sont revenus à un volume normal et que les femmes sont toujours restées presque infirmes ou du moins tout à fait difformes. Il est difficile de savoir le degré de fréquence de cette terminaison. Si l'on s'en référait aux observations publiées, il faudrait la considérer comme très rare, mais il est bien probable que beaucoup de faits de ce genre sont passés inaperçus, tandis que presque tous les cas ayant nécessité des amputations ou terminés par la mort ont dû être publiés.

C'est qu'en effet cette affection peut entraîner la mort. Tantôt la malade s'amaigrit, s'affaiblit, succombe à une maladie intercurrente ou finit par s'éteindre dans une sorte de cachexie, sans que jamais les ganglions soient envahis. Cette sorte de cachexie ne peut être attribuée qu'à la loi de balancement organique. Tantôt ce sont des complications inflammatoires, abcès vastes et multiples, ou bien le sphacèle de la masse déterminé par un traumatisme insignifiant qui entraîne la terminaison fatale.

Le pronostic de l'hypertrophie de la puberté est donc grave, puisqu'il fait des malades qui en sont atteintes de véritables infirmes et qu'il menace même leur existence.

Il en est tout autrement de l'hypertrophie gravidique. Elle débute pendant les premiers mois de la gestation, et sa marche est rapide. Mais ce qui lui donne un caractère spécial, ce qui fait qu'on doit la distinguer de l'hypertrophie de la puberté, c'est que souvent l'hypertrophie, quelque énorme qu'elle ait été, rétrocède après l'avortement ou l'accouchement. Sur 15 cas d'hypertrophie gravidique que j'ai pu relever ou observer, 5 ont été publiés avant la fin de la grossesse et ne peuvent entrer en ligne de compte. Des 10 autres, 7 se sont terminés par la régression, et cela même après deux ou trois grossesses. Deux fois l'amputation est devenue nécessaire et un dernier cas s'est terminé par la mort sans intervention. La terminaison fatale est survenue seulement quatre ans après la grossesse. En somme, l'hypertrophie de la grossesse ne menace pas la vie de la malade pendant la gestation; aussi il ne semble pas qu'il y ait lieu, à moins d'indications spéciales, de recourir à l'accouchement prématuré, qui a été proposé par Esterle, par Porro et pratiqué par Chiara<sup>(2)</sup>. Dans plus de la moitié des cas, elle se termine par la guérison. Le pronostic de l'hypertrophie gravidique est donc beaucoup moins grave que celui de l'hypertrophie de la puberté. Toutefois, d'après Tarnier et Budin<sup>(3)</sup>, le fœtus se ressentirait des conditions défavorables au milieu desquelles évolue la grossesse. « Le fœtus peut succomber dans la cavité utérine. Le plus souvent, il y a accouchement prématuré. Enfin, la grossesse peut aller à terme, mais habituellement les enfants sont alors petits et chétifs. En résumé, le pronostic est plus grave pour l'enfant que pour la mère. »

Le diagnostic de l'hypertrophie des mamelles ne présente en général aucune difficulté. Si, au début, on avait quelque hésitation, l'évolution de la maladie ne tarderait pas à les dissiper.

**Traitement.** — Dans l'hypertrophie gravidique, il faut se contenter de moyens palliatifs anodins : soutenir les seins, les comprimer légèrement, s'ef-

<sup>(1)</sup> FINGERHUT, *Archives génér. de méd.*, 1857, 5<sup>e</sup> série, t. II, p. 446.

<sup>(2)</sup> CHIARA, *L'Osservatore*, 10 août 1880, n° 52.

<sup>(3)</sup> TARNIER et BUDIN, *Traité de l'art des accouchements*, t. XI, p. 485.



forcer de conduire la femme sans accidents jusqu'à l'accouchement, qui amènera peut-être la guérison.

Dans l'hypertrophie de la puberté, la nécessité du traitement s'impose dès le début. Malheureusement, nous n'en connaissons pas qui soit réellement efficace. Quelques-uns doivent être tout à fait proscrits, tels les révulsifs locaux, les saignées répétées. Velpeau, je l'ai déjà dit, « suppose que la grossesse amènerait des résultats heureux ». J'ai cité deux cas qui sont en faveur de cette manière de voir. Dans les autres, la grossesse a aggravé le mal plutôt qu'elle ne l'a amélioré.

Fingerhut avait pensé obtenir de bons effets en provoquant artificiellement la lactation. Il rapporte deux cas dans lesquels il a eu recours à ce mode de traitement. Les malades n'ont pas été assez longtemps suivies pour qu'on puisse juger de son efficacité. Monod y a eu recours sans succès dans un cas d'hypertrophie gravidique (1). Quant aux incisions et aux scarifications, elles n'ont guère que des inconvénients. L'iode, préconisé par Coindet, a été essayé, mais sans grand résultat. « Il faut bien reconnaître, dit Labarraque, que, le plus souvent, l'iode échoue dans le traitement de l'hypertrophie mammaire. »

Au début de la maladie, il faut s'efforcer de régulariser la menstruation si elle est troublée et agir localement par une compression bien faite. La bande de caoutchouc appliquée par-dessus un pansement ouaté remplit l'indication. On peut joindre à cela quelques purgatifs et l'iode à l'intérieur, bien que son efficacité ne soit pas démontrée. Peut-être à cette période l'électricité pourrait-elle rendre des services, mais je ne sache pas qu'elle ait été employée.

Lorsque l'affection a progressé, que le volume des seins est devenu considérable, il n'y a plus d'autre ressource que l'intervention sanglante. On peut y recourir sur la demande des malades qui sont trop gênées; elle s'impose lorsque la santé générale est atteinte, que l'amaigrissement fait des progrès rapides et encore lorsqu'il survient quelque complication locale, inflammation, abcès, sphacèle. On commence par enlever le sein le plus volumineux. Parfois le sein laissé en place diminue après l'opération; ainsi chez la malade de Hey (2). Mais, dans la plupart des cas, l'ablation d'une mamelle n'exerce aucune influence sur l'autre, et l'on est obligé de recourir à une seconde amputation. Lorsqu'on a affaire à une mamelle très volumineuse et à une malade très affaiblie, il est bon, comme l'a fait Stapleton (3), de soulever quelque temps la tumeur avant de l'enlever, afin de la vider du sang qu'elle contient. Dans les cas où, sans altérer la santé, les seins conservent un volume énorme et déterminent des douleurs de tiraillement par amincissement du pédicule, on pourrait, à l'exemple de Pousson (4), faire une mastopexie.

*Hypertrophie chez l'homme. — Gynécomastie.* — Paul d'Égine avait observé l'hypertrophie des mamelles chez l'homme, et il lui a donné le nom de gynécomastie, qu'elle a conservé. Il conseillait d'opérer cette difformité parce qu'elle donne l'air efféminé. Mais les observations précises sur ce sujet ne datent que de l'extrême fin du dernier siècle. En 1797, Renaudin publie la première, puis viennent les faits de Bedor (5), l'article de Villeneuve dans le *Dictionnaire en*

(1) ROMEC, Thèse de Paris, 1881.

(2) HEY, *Pract. observ. in Surgery*. London, 1810, p. 500.

(3) Observation de Macswiney. (*Dublin quarterly Journal of med. sc.*, 1869, p. 500.)

(4) POUSSON, *Soc. de chir.*, 30 juin 1897.

(5) BEDOR, *Journal de méd. de Boyer*, 1812, et *Gaz. méd. de Paris*, 1856.

60 volumes, les thèses de concours de Nélaton (1859), d'Horteloup (1872), le mémoire de Lereboullet (1), et enfin deux thèses dont les auteurs, Olphan (2) et Laurent (3), ont soutenu des opinions diamétralement opposées.

La gynécomastie est assez rare : Puech estime qu'on la rencontre une fois sur 15000 conscrits.

L'hypertrophie peut ne frapper qu'un seul sein (4). Habituellement elle porte sur les deux; 55 fois sur 45 cas dans la statistique de Gruber. Le volume du sein hypertrophié est d'ordinaire peu considérable : c'est celui d'une orange, celui du poing. Dans les observations, on voit souvent comparer les seins des gynécomastes à ceux d'une jeune fille. Exceptionnellement, le volume peut devenir beaucoup plus considérable. Un homme de Pavie, dit Petrequin (5), avait des seins pendants longs de 18 pouces, et il était tellement gêné par leur volume et leur poids qu'il se décida à les faire amputer.

La structure de ces seins hypertrophiés est assez mal connue. Les quelques examens qui ont été pratiqués ont donné des résultats fort variables. Cloquet (6) a fait l'autopsie d'un infirmier de Saint-Louis, âgé de soixante ans, qui avait des mamelles aussi développées que celles d'une femme. Il n'y trouva qu'un amas de graisse. Rémy (7), dans un examen histologique, a constaté qu'il s'agissait surtout du développement de l'élément fibreux du sein. De même Baillet (8) a trouvé un tissu fibreux adulte renfermant très peu d'éléments cellulaires jeunes avec quelques culs-de-sac glandulaires. Au contraire, Gaillet (9), dans deux cas, a trouvé une hypertrophie surtout glandulaire. Schuchardt et Gruber ont constaté que l'élément glandulaire, relativement assez développé chez les jeunes gynécomastes, tend à s'atrophier chez les vieux où il est remplacé par du tissu fibreux. Faut-il admettre que l'hypertrophie du sein chez l'homme puisse être différente de nature, qu'il existe une hypertrophie graisseuse, une hypertrophie fibreuse, une hypertrophie glandulaire. Je ne le pense pas. Dans le cas de Cloquet, l'homme avait soixante ans; à l'œil nu, on n'a pas distingué d'éléments glandulaires; on n'en aurait pas distingué davantage dans la mamelle d'une femme du même âge. Rémy et Baillet ont trouvé surtout du tissu fibreux. C'est aussi ce tissu qui domine dans le sein des jeunes filles et même des femmes en dehors de la gestation et de la lactation. On ne peut vraiment pas demander que l'élément glandulaire soit plus développé dans la mamelle d'un gynécomaste que dans celle d'une femme. Quant à l'existence même du tissu glandulaire, elle est prouvée, et par l'examen histologique, et par les faits assez nombreux où les mamelles hypertrophiées sont devenues le siège d'une sécrétion lactée parfois assez abondante. En somme, les proportions relatives du tissu fibreux, du tissu graisseux, de l'élément glandulaire, sont au moins aussi variables dans les seins des femmes que dans ceux des gynécomastes. Aussi je ne pense pas qu'il y ait lieu d'établir des variétés en s'appuyant

(1) LEREBoullet, *Bulletins de la Société méd. des hôpitaux et Gazette hebdom.*, août 1877, p. 553-542.

(2) OLFHAN, Thèse de Paris, 1880.

(3) LAURENT, Thèse de Paris, 1888.

(4) M. Horteloup ne considère comme gynécomastes que les individus qui ont deux seins hypertrophiés; et décrit dans un chapitre différent l'hypertrophie d'un seul sein.

(5) PETREQUIN, *Anat. méd.-chir.*, p. 251.

(6) CLOQUET, *Bibl. méd.*, 1828, t. I, p. 420.

(7) REMY, Thèse de Velpeau, Paris, 1880, p. 53.

(8) BAILLET, *Bull. de la Soc. anat.*, déc. 1890, p. 552.

(9) GAILLET, *Soc. de biol.*, 1850. *Gazette méd.*, 1876.



sur ces différences plus apparentes que réelles. Dans toute mamelle, surtout en dehors de la lactation, il y a toujours deux éléments, un disque fibreux plus ou moins chargé de graisse et des canaux glandulaires. Ces deux éléments font l'un et l'autre partie intégrante de ce qu'on appelle la mamelle. Aussi je crois qu'il faut considérer comme gynécomaste tout individu mâle dont les seins hypertrophiés rappellent par leur forme ceux d'une femme. Il importe seulement de ne pas confondre la gynécomastie avec le simple engraissement. Les hommes obèses ont parfois la région pectorale très saillante. Mais rien n'est plus facile que de distinguer cette saillie adipeuse de l'hypertrophie du sein. L'aspect est fort différent. La saillie pectorale de l'homme obèse se continue sans transition avec les parties voisines; la mamelle du gynécomaste fait une saillie arrondie, nettement limitée, surtout par en bas.

Le point le plus intéressant de cette affection, c'est son étiologie.

Au commencement de ce siècle, on semble croire que la gynécomastie est forcément liée à une atrophie des organes génitaux. Pour Bedor, il est du devoir du médecin de détourner les gynécomastes du mariage. Plus récemment, au dire de ses élèves, Gubler, lorsqu'il trouvait un sein hypertrophié, affirmait, sans l'avoir vu, que le testicule correspondant était atrophié. Horteloup trouve avec raison que le conseil donné par Bedor est trop absolu, et Olphan, prenant le contre-pied de l'opinion ancienne, consacre sa thèse à démontrer que la gynécomastie peut coexister avec l'intégrité absolue des organes génitaux, et que l'atrophie testiculaire, quand elle existe, ne va jamais jusqu'à l'impuissance. Au contraire, Laurent revient aux idées d'autrefois. Pour lui, « le gynécomaste a le plus souvent subi un arrêt de développement des organes génitaux, et présente souvent les caractères du féminisme ». Ces deux dernières opinions contiennent une part de vérité et n'ont d'autre tort que celui d'être exagérées.

Les faits d'hypertrophie du sein peuvent être rangés en deux catégories. Tantôt la gynécomastie se rencontre chez des individus parfaitement bien constitués; on pourrait dire qu'il s'agit alors de *gynécomastie primitive* ou *essentielle*. Tantôt la gynécomastie est manifestement liée à des modifications des organes génitaux: c'est la *gynécomastie secondaire*, consécutive à des altérations des testicules.

La *gynécomastie primitive*, en règle générale, débute au moment ou aux environs de la puberté. Villeneuve cite un fait où l'hypertrophie aurait débuté vers cinquante ans; Thomson<sup>(1)</sup>, un autre où le début ne se serait manifesté qu'à soixante ans; enfin, dans une observation rapportée par Olphan, les seins auraient grossi dès l'âge de quatre ans. Ces trois faits doivent être tenus pour de rares exceptions; l'un, au moins, celui de Thomson, est douteux, puisque le développement exagéré a nettement commencé à la suite d'une chute violente sur la poitrine.

Cette forme de gynécomastie, c'est là son caractère, apparaît chez des individus dont les testicules sont parfaitement en place, normalement développés et qui ont tous les attributs et toutes les apparences de la virilité.

On ne sait rien des causes de cette anomalie, et si l'on veut l'expliquer, ce ne peut être que par des hypothèses. Darwin, étonné de l'existence de mamelles rudimentaires mais constantes chez l'homme, a supposé que, autrefois, les

(1) Thomson, Westminster med. Soc. *Lancet*, 1857.

mamelles étaient également développées dans les deux sexes, et que, dans un passé lointain, les mâles comme les femelles allaitaient les petits. Si l'on admet cette hypothèse, on peut supposer que la gynécomastie n'est qu'une anomalie réversible.

La *gynécomastie secondaire* se développe consécutivement à des altérations des testicules. Ces altérations sont très variables, et quant à leur origine, et quant à leur degré. Certaines malformations congénitales qui entraînent un arrêt de développement plus ou moins complet des testicules peuvent s'accompagner de gynécomastie. Ainsi l'hypertrophie des seins est à peu près constante chez les hermaphrodites mâles. L'ectopie testiculaire amène parfois aussi l'hypertrophie des seins, mais c'est beaucoup plus rare. Dans sa thèse sur les anomalies du testicule, Ledentu a signalé une observation d'ectopie du testicule gauche avec hypertrophie mammaire du côté correspondant. Mais d'autres fois l'atrophie des testicules n'est engendrée par aucune cause anatomique saisissable. Il s'agit de ces individus débiles, grêles, chez qui la puberté semble avorter. Les formes restent arrondies par insuffisance du développement musculaire. Le système pileux se développe peu ou pas; la voix garde une tonalité inquiétante. Faneau de la Cour<sup>(1)</sup> a insisté dans sa thèse sur la fréquence de la gynécomastie chez ces dégénérés frappés de féminisme, d'infantilisme, et qui deviennent souvent tuberculeux. Ce sont eux sans doute qui avaient fait admettre autrefois que l'hypertrophie des seins se rencontrait surtout chez les lymphatiques et les scrofuleux.

L'atrophie testiculaire peut encore être de cause morbide. L'orchite traumatique, la syphilis, peuvent, après avoir détruit le testicule, provoquer l'hypertrophie des seins. Mais de toutes les orchites, celle qui est le plus souvent suivie de cette complication, c'est l'orchite ourlienne. Lereboullet en 1877<sup>(2)</sup>, Girard en 1878, en ont publié des observations; Charvot en montrait récemment un bel exemple à la Société de chirurgie<sup>(3)</sup>. Hassler et Schmidt en ont publié chacun un autre. Au contraire, l'orchite tuberculeuse et l'orchite blennorrhagique n'entraînent presque jamais d'hypertrophie mammaire. Il est digne de remarque que ces dernières affections frappent plutôt l'épididyme que le testicule lui-même.

Enfin il reste à signaler que c'est parfois la suppression du testicule par un traumatisme ou par une castration chirurgicale qui a été l'origine de la gynécomastie. Ainsi, par exemple, dans les cas de Martin<sup>(4)</sup>. Deux soldats vigoureux, bien portants, normalement conformés, sont mutilés par des éclats d'obus. Peu après la disparition des testicules, ils voient leurs seins s'hypertrophier.

Ces atrophies ou destructions du testicule, quand elles sont de cause morbide ou traumatique, ne semblent avoir d'action sur le développement des seins que si elles surviennent chez des individus jeunes mais ayant dépassé la puberté. Après vingt-cinq ou vingt-huit ans, elles perdent toute influence, et il en est peut-être de même avant douze ou quatorze ans. On dirait que la suppression du testicule qui a déjà fonctionné est seule capable d'agir. C'est sans

(1) FANEAU DE LA COUR, Thèse de Paris, 1871.

(2) LEREBOULET, *Gazette hebdomadaire*, août 1877, p. 535 et 542.

(3) CHARVOT, *Soc. de chir.*, 11 mars 1891.

(4) MARTIN, *Gazette hebdomadaire*, 1877, p. 591.



doute pour cette raison que les eunuques orientaux, castrés dans leur petite enfance, ne sont pas atteints de gynécomastie (1).

Quant à l'interprétation de ces faits, elle est singulièrement difficile, et la relation qui unit l'atrophie testiculaire à l'hypertrophie des mamelles est fort obscure. La loi de balancement des organes formulée par J. Geoffroy Saint-Hilaire est une simple constatation de fait, non une explication. Si elle peut donner une certaine satisfaction à l'esprit quand il s'agit de deux organes symétriques à fonctions semblables, comme les deux reins, elle n'a même pas cet avantage dans le cas qui nous occupe. Comment parler de balancement entre les organes génitaux internes et les mamelles, quand on voit la suppression des ovaires amener l'atrophie des seins et la suppression des testicules avoir l'effet exactement inverse? Dans certains cas, lorsque l'atrophie testiculaire s'accompagne de modifications de la voix, de changements dans l'habitue extérieur, il semble qu'elle agit, non pas exclusivement ni directement sur les seins, mais bien sur l'ensemble de l'organisme. On 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, d'autre part, quand on voit l'atrophie d'un seul testicule s'accompagner de l'hypertrophie du sein correspondant, on ne peut songer à une influence générale. Il y a bien évidemment une action directe, et l'on ne comprend pas qu'elle puisse se transmettre autrement que par le système nerveux. En somme, il n'existe aucune explication satisfaisante de cette singulière sympathie, comme on disait, qui unit le testicule à la mamelle, et le mieux est de reconnaître notre profonde ignorance sur ce point.

On a signalé des cas de gynécomastie dus à des contusions répétées. Il est probable qu'il s'agissait plutôt alors de mammite chronique.

La gynécomastie est une affection sans gravité par elle-même, mais elle ne laisse pas que d'être fort gênante. La saillie formée par les globes mammaires est exposée aux frottements. Elle rend difficile et douloureux le port de l'uniforme militaire et constitue une cause de réforme. Il est fort rare qu'elle réclame une intervention chirurgicale. Il suffit d'ordinaire de protéger la poitrine avec une ceinture ou même avec un corset. « C'est le seul cas, dit Villeneuve, où les hommes puissent porter sans honte cette espèce de vêtement. » Mais si un gynécomaste était suffisamment gêné par le volume ou le poids de ses mamelles pour en demander l'ablation, il n'y aurait aucune raison de lui refuser une opération que faisait déjà Paul d'Égine.

### III

#### ANOMALIES PHYSIOLOGIQUES

Je serai bref sur les anomalies de la fonction mammaire, c'est-à-dire de la lactation, car le sujet ne présente presque aucun intérêt chirurgical. Ces anomalies sont d'ordres divers. J'étudierai successivement : 1° l'absence de sécré-

(1) Sevastopoulo, qui a examiné un grand nombre d'eunuques, affirme qu'aucun ne présente rien qui ressemble à l'hypertrophie glandulaire des seins. Martin confirme ce fait. (OLPHAN, Thèse de Paris, 1880, p. 57.)

tion; 2° l'excès de sécrétion; 3° les sécrétions anormales par l'époque de leur apparition ou hétérochrones; 4° la lactation chez l'homme.

1° *Absence de sécrétion lactée. — Agalactie.* — Si l'insuffisance de la sécrétion lactée est un phénomène très commun, l'agalactie proprement dite est au contraire fort rare. Il arrive cependant parfois que chez des femmes bien constituées, les seins, quoique suffisamment développés, ne sécrètent pas une seule goutte de lait. Cette anomalie s'annonce déjà pendant la grossesse par l'absence de colostrum. Après l'accouchement, la poussée congestive, ce qu'on appelle la montée du lait, ne se fait pas, et les seins, qui s'étaient développés au début de la gestation, se flétrissent sans rien sécréter. Puech, qui rapporte un bel exemple personnel de cette anomalie, en cite quelques autres. Le plus remarquable est celui de cette femme qui eut 15 enfants sans jamais sécréter une goutte de lait. Ses seins étaient du reste normalement conformés. Sa mère avait eu 25 enfants, et à aucun de ses nombreux accouchements la sécrétion lactée ne s'était établie (1). Un fait étrange, c'est que l'absence de sécrétion peut ne porter que sur un seul sein sans qu'on trouve à cette bizarrerie aucune raison anatomique. Je ne ferai que mentionner l'agalactie secondaire, c'est-à-dire la suppression de la lactation qui se produit d'une manière accidentelle plus ou moins longtemps après l'accouchement.

2° *Hypersécrétion.* — Certaines femmes sécrètent une énorme quantité de lait, jusqu'à 1800 grammes par jour, sans que le lait soit altéré, sans que la santé générale ait à souffrir de cette hypersécrétion. Ce sont des cas de *polygalie* simple, qui ne relèvent pas de la pathologie. Dans d'autres cas, le lait devient séreux, et la quantité sécrétée atteint des proportions extraordinaires. « Une malade perdait 1 litre de lait toutes les six heures, une autre remplissait une cuvette en quelques instants (2). » G. de Mussy parle d'une femme qui perdait 7 litres de lait par jour. Une telle hypersécrétion ne peut aller sans altération de la santé : elle est véritablement pathologique et doit être traitée comme telle. Il faut employer les toniques pour relever l'état général. Contre l'hypersécrétion, on utilisera l'iode *intus* et *extra*, l'iodure de potassium, l'agaric blanc préconisé par Joulin. Si ces moyens échouent, il faut avoir recours au sevrage, qui d'ailleurs ne suffit pas toujours.

En effet, dans certains cas, la sécrétion se continue bien au delà des limites ordinaires. C'est peut-être dans cette forme de galactorrhée qu'on trouve les faits les plus extraordinaires. Depaul a vu la sécrétion persister quatre ans après l'accouchement, Charrier sept ans, Puech dix ans, Børhave douze ans. « Cette femme, dit Børhave, finit par être atteinte d'un diabète laiteux, de sorte que toute la nourriture qu'elle prenait s'échappait de ses mamelles sous forme de lait, sans aucune succion (3). » Il y a des faits plus extraordinaires encore. Puech cite, d'après Horace Green, l'observation suivante : « Une lady de quarante-sept ans, de constitution puissante, réglée et de bonne santé, était, quatorze ans auparavant, accouchée de son quatrième et dernier enfant (le premier avait été conçu à vingt ans), et depuis elle avait conservé le lait au sein. Cette sécrétion persista alors qu'elle devint veuve, et, en sa qualité de grand-mère, elle put concourir pour un temps à l'allaitement de son petit-fils. » Cazeaux a vu une femme qui, pendant les quarante-sept années qui suivirent

(1) HARLAU, *Med.-chir. Review*, juillet 1859.

(2) PUECH, *Loco citato*, p. 58.

(3) BØRHAVE, *Prælectiones academicæ*, t. III, p. 205.