

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.

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

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

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

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

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

(3) M. GUILLOT, *Arch. gén. de méd.*

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

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

(6) CAPRON, Thèse de Paris, 1877.

(7) DUVAL, Thèse de Paris, 1881.

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

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

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

CHAPITRE II

LÉSIONS TRAUMATIQUES

I

CONTUSIONS

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

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

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

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

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