

culaire caractéristique ; 2° tandis que, dans le fongus profond, la glande normale est à peine perceptible, vous reconnaissez, dans le superficiel, la forme conservée du testicule au-dessous de la masse fongueuse.

**Diagnostic.** — Soit une épидидymite secondaire ; deux affections peuvent prêter à confusion : 1° une orchite blennorrhagique ; 2° une tuberculose épидидymaire. L'indolence ordinaire de l'affection ; la non-existence d'une uréthrite ; la forme circonscrite de la nodosité épидидymaire ; la présence contemporaine d'accidents secondaires : tels sont les points sur lesquels se fondera le premier diagnostic. — Il est plus fréquent de confondre la nodosité syphilitique avec une tuberculose au début : la masse tuberculeuse a un contour moins net qu'elle, une consistance moins dure, une limitation moins précise à la tête ou à la queue de l'organe ; le traitement spécifique tranche rapidement cette question.

Le sarcocèle tertiaire, *avant la suppuration*, a un tableau si précis, ordinairement, que le diagnostic s'affirme par ces caractères mêmes : testicule lourd, plat, dur, indolent, fusionné en masse avec l'épididyme, à surface lisse ou granulée de saillies piriformes ou blindée de plaques résistantes. — Cela différencie bien le testicule syphilitique du testicule tuberculeux : ici l'épididyme est bosselé ; les lésions ne sont pas indolores ; il y a une tendance au ramollissement rapide ; le canal déférent, les vésicules séminales et la prostate montrent souvent des lésions décisives. — Les tumeurs malignes du testicule n'ont pas la résistance ligneuse du sarcocèle tertiaire et leur accroissement est rapide, non influencé ou même accéléré par le traitement spécifique. — Certaines hématocèles peu volumineuses et à parois dures créent un problème de diagnostic qui n'est résolu que par l'iodure de potassium.

*Après la suppuration*, l'orchite scléro-gommeuse peut être confondue avec la tuberculose. Distinguez le testicule tuberculeux par l'ensemble des caractères suivants : la fréquence maxima des lésions est au niveau de l'épididyme, et, par conséquent, les fistules qui leur succèdent s'observent surtout à la partie postérieure de l'organe ; le cordon et la prostate sont

souvent altérés, alors que, dans la syphilis, leur atteinte est exceptionnelle.

**Traitement.** — Prescrivez l'iodure, à doses fortes, 5, 6 et 8 grammes. Si la vérole est vieille, vous pouvez vous en tenir à l'iodure seul ; mais il est préférable de lui associer soit les frictions, soit plutôt les injections mercurielles. Dans les cas moyens, vous verrez en trois ou cinq semaines le testicule s'assouplir et revenir à ses dimensions. Sur les gommages en voie de ramollissement, l'effet est frappant dès les premiers jours : quelques grammes d'iodure peuvent faire tourner court une poussée gommeuse ; si la caséification est complète, l'iodure et le mercure ne « mordent » que sur l'élément scléreux, le testicule reprend sa souplesse, la gomme poursuit son évolution ; si la gomme est ouverte et fistulisée, très rapidement le fond se déterge, les bords se rapprochent, l'ulcère se réduit. Sur les testicules totalement scléreux, sur ces fibromes denses auxquels aboutit une orchite interstitielle négligée, le traitement spécifique n'a point d'action.

## ARTICLE VIII

## TUMEURS DU TESTICULE

**Histoire et doctrines.** — Les tumeurs du testicule forment un groupe complexe qui, *histologiquement*, commence à se débrouiller, mais qui, *cliniquement*, demeure confus.

Pour le *clinicien*, la division essentielle, c'est celle qui distingue : 1° des tumeurs bénignes ; 2° des tumeurs malignes. Mais cette distinction qui, ailleurs, peut se fonder sur des caractères symptomatiques valables, ne trouve ici que des données insuffisantes et inconstantes. Exemple : le premier essai de différenciation clinique d'un type de tumeur bénigne fut réalisé, dès le commencement de ce siècle, par A. COOPER qui, en 1804, décrivit la *maladie kystique* du testicule que caractérise la formation de cavités nombreuses, de volume et de contenu variables. Or,

par la suite, il fut établi que cette bénignité était un attribut inconstant des tumeurs kystiques et qu'il en est qui récidivent et se généralisent comme le pire carcinome. Deux autres affections néoplasiques ont paru aux cliniciens se différencier par des traits symptomatiques assez précis pour permettre, avant l'ablation, d'en soupçonner le diagnostic exact : ce sont l'*enchondrome* et le *lymphadénome*. Or, dans la majorité des faits, la tumeur, diagnostiquée au lit du malade *enchondrome* ou *lymphadénome*, se montre, au laboratoire, un néoplasme mixte ou un carcinome typique. — Aussi, presque constamment, le clinicien, instruit sur l'imprécision de ces caractères symptomatiques, porte le diagnostic de *cancer du testicule*, de *sarcocèle cancéreuse*, et ne va pas au delà.

Au contraire, les *anatomo-pathologistes* ont actuellement poussé, jusqu'à un point satisfaisant, sinon jusqu'à la clarté définitive, l'analyse et le classement des formes histologiques multiples qui composent le groupe des tumeurs testiculaires. Voici les faits et noms à retenir.

Dès le début du XIX<sup>e</sup> siècle, A. COOPER, commençant le démembrement clinique de l'ancien et confus groupe du sarcocèle (ou se trouvaient réunies, à côté des néoplasmes, la syphilis et la tuberculose testiculaires), distingue le *cancer squirrheux*, l'*encéphaloïde* et la *maladie kystique* du testicule ; mais il s'en tient à la description macroscopique des lésions. — En 1836, MÜLLER signale l'*enchondrome* du testicule, dont la structure fut ensuite précisée par les travaux de BILLROTH et de VIRCHOW. — A CÜRLING nous devons deux notions importantes : à savoir : 1<sup>o</sup> que la maladie kystique a parfois une évolution maligne ; 2<sup>o</sup> que les foyers néoplasiques, des diverses espèces, ont, pour point initial à peu près constant, le corps d'Highmore. — A FÖRSTER nous sommes redevables de la première étude nette sur l'envahissement des ganglions lombaires dans le cancer du testicule.

Dans ces trente dernières années, l'effort des histologistes s'est porté vers la *classification* des diverses variétés anatomiques et vers l'étude de leur *histogénèse*. Il faut mettre au premier rang, parmi ces travaux : 1<sup>o</sup> en 1874-75, les études de MALASSEZ sur la *maladie kystique* du testicule qu'il décrit

comme un *épithéliome mucoïde*, et sur le *lymphadénome* testiculaire (qu'il montre constitué d'un tissu analogue à celui des ganglions lymphatiques) ; 2<sup>o</sup> en 1887, le mémoire de MONOD et ARTHAUD, remarquable essai de classification rationnelle des néoplasmes de la glande séminale, dont le développement est, par eux, rapporté, selon la loi de CONHEIM, à la prolifération tardive de cellules détachées des feuilletts blastodermiques, à la suite d'un trouble survenu dans l'évolution de l'embryon, cellules demeurées incluses et sans emploi dans le testicule ; 3<sup>o</sup> en 1887, le chapitre classique de KOCHER, paru dans l'encyclopédie de BILLROTH et LÜCKE ; 4<sup>o</sup> les recherches de MAX WILMS, sur les tumeurs tératoïdes du testicule ; 5<sup>o</sup> en 1895, le mémoire de PILLIET et COSTES qui présente une division des épithéliomes testiculaires fondée selon leur origine embryonnaire différente selon qu'ils procèdent de l'épithélium des tubes de Pflüger, ou de l'épithélium du corps de Wolff, ou de l'épithélium ovulaire mâle ; 6<sup>o</sup> les travaux contemporains sur les tumeurs mixtes, embryomes et tératomes (voir t. I, p. 337 et suivantes).

Par analogie avec la classification générale des tumeurs, on peut établir deux grands groupes, selon que le processus néoplasique siège dans l'élément glandulaire de l'organe ou dans son tissu conjonctif : 1<sup>o</sup> les *tumeurs du type épithélial*, les *épithéliomes testiculaires* ; 2<sup>o</sup> les *néoplasies d'origine conjonctive*, où se rencontrent des éléments anatomiques divers, cellules embryonnaires dans le *sarcome*, tissu cartilagineux dans l'*enchondrome*, tissu muqueux dans le *myxome*, fibres musculaires lisses ou striées dans le *myome*, exceptionnellement du tissu osseux véritable dans l'*ostéome*.

Quelle est l'importance relative de ces deux groupes ? — Au testicule, le groupe des néoplasmes conjonctifs n'est pas constitué par des types anatomiques aussi tranchés que pour les tumeurs des autres organes. En dehors des dégénérescences secondaires (colloïde, kystique par ramollissement, angiomatense) qui altèrent la pureté histologique du type, les cas sont très rares où la tumeur présente, en ses divers points, une structure simple : dans tel chondrome, par exemple, les tissus cartilagineux, sarcomateux et myxomateux se mêlent en pro-

portions telles qu'il est impossible de ranger le néoplasme dans une catégorie précise. Ces productions complexes, à tissus combinés, sont la règle, au testicule ; et on les y décrit sous le nom de *tumeurs mixtes* (Mischgeschwülste, des Allemands). De là, le précepte formel de ne baser le diagnostic histologique d'un cancer testiculaire que sur l'examen des divers points de la tumeur : on voit alors, telle pièce, diagnostiquée d'abord sarcome ou lymphadénome, se montrer, à un plus complet examen, une *tumeur mixte* ; et ces dénominations d'enchondrome, de myxome, de myome, de sarcome, qui se retrouvent dans les anciennes observations, ne s'appliquaient, en réalité, qu'à l'élément prédominant de tumeurs toujours complexes.

Ainsi, après revision, le *sarcome*, que RINDFLEISCH avait cru l'une des plus fréquentes tumeurs du testicule, est considéré conformément à l'opinion de VIRCHOW, comme une rareté : la grande majorité de ces prétendus sarcomes sont des carcinomes, avec travées conjonctives chargées de jeunes cellules rondes. De même, la plupart des *maladies kystiques du testicule* sont, comme l'a montré MALASSEZ, et par analogie avec les kystes de l'ovaire, des *épithéliomas mucoïdes* ; certains cas sont des *cysto-carcinomes*. — PILLIET a montré qu'il est des épithéliomas du testicule, dans lesquels la paroi des tubes séminifères se transforme en un tissu réticulé par l'amas de petites cellules rondes dans les interstices des cellules de la gaine lamellaire des tubes : de là, l'étiquette de lymphadénome attribuée à des tumeurs qui sont des épithéliomas séminifères. — Les tumeurs mixtes sont des *embryomes* à tissus multiples. Selon l'élément qui prédomine, tissu conjonctif sous ses divers aspects, fibres musculaires, cartilages, os, elles reçoivent une appellation clinique variable, sarcome, myome, myxome, myxo-chondrome, myxo-chondro-sarcome, maladie kystique.

Donc, au point de vue histologique, voici la conception à laquelle les recherches contemporaines nous conduisent. L'épithéliome, le carcinome épithélial est la forme anatomique sous laquelle se présente le plus souvent le sarcome cancéreux des cliniciens. Il ne paraît pas exister de tumeur conjonctive pure du testicule ; et les néoplasmes de cet ordre (sarcomes, chondromes,

myomes, myxo-chondromes, chondro-sarcomes, etc.) sont des productions complexes, de vraies tumeurs mixtes.

**Pathogénie.** — Reste, au point de vue pathogénique, à établir aux dépens de quels éléments épithéliaux ces tumeurs se développent et sous quelles influences se fait cette prolifération.

Or, la caractéristique de la majorité de ces cancers du testicule, c'est d'être des tumeurs composées, à tissus multiples. De là, l'impossibilité de les rattacher à la prolifération pure et simple de l'épithélium des canalicules séminifères.

Bien que BIRCH-HIRSCHFELD ait cru avoir suivi les transformations des cellules des tubes séminifères en éléments cancéreux, on s'accorde à penser actuellement que ce n'est point dans les cellules adultes, ayant accompli leur évolution, qu'il faut chercher l'origine de ces néoplasmes. — C'est dans le développement du testicule, c'est en rapportant le processus aux phases de l'état embryonnaire que l'on trouve l'explication de la présence de tissus si divers, susceptibles d'évoluer d'une façon si différente en ce même endroit. En un mot, les tumeurs du testicule se classent parmi les tératomes plutôt que parmi les néoplasmes vrais, et la malformation cellulaire paraît être la condition première de la néoformation. S'il est un cancer à qui s'applique, avec faits histologiques à l'appui, la théorie de COXHEIM, c'est celui du testicule ; en revanche, la conception de l'infection parasitaire pathogène n'y trouve point de document valable (voir t. I, p. 337 et suivantes).

**Formes anatomiques et histogénèse.** — Cette notion essentielle une fois établie, voici quelles formes anatomiques du carcinome testiculaire on peut distinguer :

1° Le *carcinome séminifère* de PILLIET et COSTES. — Macroscopiquement, il se présente sous l'aspect d'une tumeur pleine, dont la tranche est semée de marbrures, variable comme teinte du gris rosé, au gris sombre, au blanc jaunâtre, au jaune. Ces tons jaunâtres nous ont paru très fréquents ; ils tiennent à des dérivés de l'hémoglobine et à des foyers de nécrose.

Microscopiquement, le tissu morbide peut ici, être réduit à un certain nombre de groupements cellulaires identiques, caractérisés par trois zones : une interne, constituée par le tube sémini-

fière ou ses débris ; une seconde zone de tissu réticulé, dans laquelle la gaine lamellaire du tube a disparu ; enfin une bordure excentrique formée par les travées conjonctivo-vasculaires de la glande.

Selon l'importance respective des éléments cellulaires et des travées conjonctives, on a affaire : 1° tantôt à des formes molles (*encéphaloïde*) avec cellules néoplasiques abondantes, groupées en îlots au sein d'une trame conjonctive chargée de jeunes cellules rameuses ou étoilées, que l'on pourrait confondre avec le tissu réticulé du *lymphadénome*, si l'on ne remarquait pas que les cellules sont épithélioïdes et non lymphatiques, ou avec le *sarcome* quand ces cellules, concentriques aux éléments épithéliaux, prolifèrent en masses serrées ; 2° tantôt à des formes dures (*squirrhe*), à stroma conjonctif dense, à tissu épithélial se présentant sous l'aspect d'alvéoles étroites et allongées, remplies de cellules polyédriques tassées.

Or, les cellules épithéliales, éléments dominants de la néoplasie, se font remarquer par leur aspect particulier. Ce sont de très volumineuses cellules sphériques, à contour régulier, à noyau très large, très clair, parsemé de nucléoles. « Elles ne ressemblent, disent PILLIET et COSTES, qu'aux éléments cellulaires du tube de PFLÜGER, du testicule embryonnaire. » Ce sont des *ovules mâles*, restés à ce stade et ne formant pas de spermatozoïdes. Donc, ils ne dérivent pas des tubes séminifères parvenus à leur évolution adulte. Ils procèdent, selon l'hypothèse de CONHEIM, de certains éléments fœtaux, inclus dans le testicule, forces dormantes, dont le réveil tardif entraîne la prolifération cellulaire et la formation de tumeurs.

Quels sont ces éléments embryonnaires persistants ? — Conformément à la remarque essentielle de CÜRLING, les néoplasmes testiculaires ont, comme foyer initial, le corps d'Highmore. Or, à ce niveau, se trouve la jonction, le point d'aboutissement des deux parties composantes de la glande séminale : 1° les ampoules spermatiques du testicule ou tubes de PFLÜGER mâles ; 2° les parties wolffiennes (épididyme, cônes efférents, et corps d'Highmore), dont les canaux terminaux, viennent se

mettre en continuité avec les tubes de Pflüger mâles, les tubes séminifères.

Supposons, selon l'hypothèse de PILLIET, que cette rencontre ne se produise point normalement, qu'il y ait des tubes séminifères en excès ou des canaux wolffiens non aboutés. Ces éléments sans emploi peuvent s'atrophier ; mais ils sont exposés à des proliférations ultérieures aboutissant à la production de deux variétés d'épithéliomes très différentes, quoique originaires du même point du corps d'Highmore. Dans le cas où la prolifération naît des ampoules séminifères, la tumeur est un *carcinome séminifère*, dont les éléments cellulaires très spéciaux sont analogues aux ovules mâles des tubes de Pflüger. Dans l'éventualité d'une tumeur, provenant des canaux wolffiens, il s'agit d'un deuxième type que nous allons maintenant étudier (*épithéliome wolffien*), caractérisé par ses cellules cylindriques et son évolution kystique.

2° L'*épithéliome wolffien*, de PILLIET et COSTES, moins volumineux, dépassant rarement les dimensions d'un œuf de dinde, montre, sur la coupe, un stroma conjonctif mince, creusé de kystes, du volume d'un pois, à contenu muqueux, et colloïde. C'est l'*épithéliome mucoïde* de MALASSEZ. Et c'est à cette forme que se rattachent la plupart des cas de maladie kystique, à évolution maligne. Les éléments cellulaires de cette tumeur n'ont rien de commun avec ceux des canalicules séminifères : les cellules sont, les unes prismatiques à plateau et à cils vibratiles, d'autres cylindro-coniques pleines et sans cils, d'autres muqueuses et caliciformes. L'analogie avec l'épididyme normal est frappante ; c'est donc une tumeur que ses caractères permettent de rattacher aux parties wolffiennes.

3° Un troisième type est fourni par les tumeurs mixtes, *épithéliomes à tissus multiples* de PILLIET et COSTES, bien étudiés par MALASSEZ et TALAVERA, par BARD et TRÉVOUX et qui ont reçu des recherches récentes sur les embryomes une lumière nouvelle. — Ce sont des tumeurs volumineuses, avec alternance de parties dures et fluctuantes. Leur coupe montre un stroma, semé de nodules cartilagineux ou calcifiés et de kystes, dont le volume

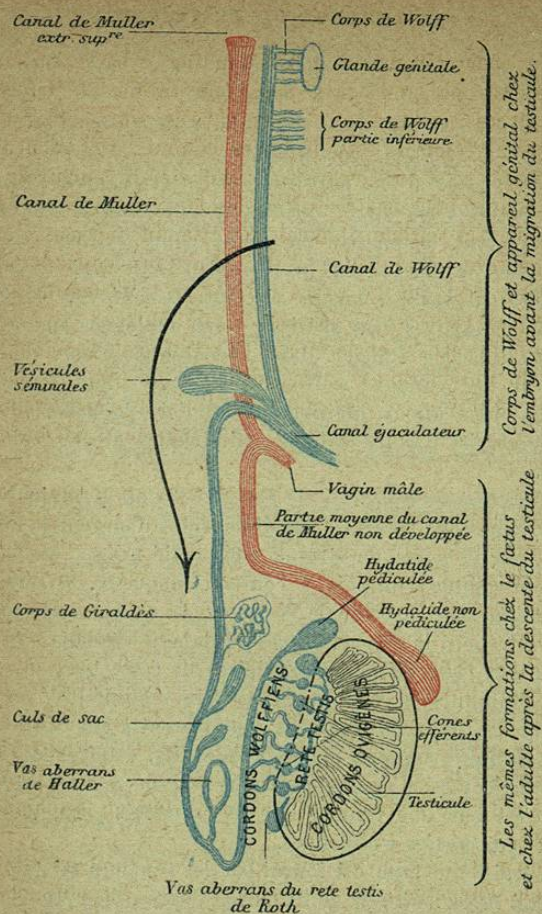


Fig. 243.

Schéma montrant dans la formation du testicule, les deux parties d'où peuvent naître les épithéliomas de l'organe : épithéliomas séminifères et épithéliomas wolffiens.

peut dépasser celui d'une noix et dont le contenu est variable

(mucus concret et pris en gelée ou matière sébacée, ou sang). — Au microscope, on découvre dans leur trame les éléments les plus divers : cellules épithéliales variées, soit tassées dans les espaces alvéolaires, soit disposées comme revêtement interne de cavités kystiques éparses; cellules embryonnaires; fibres musculaires lisses ou striées; cellules de cartilage; tissus calcifiés ou ossifiés; exceptionnellement, des éléments nerveux.

Donc, histologiquement, le caractère frappant de ces tumeurs, c'est que les tissus dérivés de trois feuilletts blastodermiques (*tumeurs tridermiques*, de MUNCH) s'y trouvent représentés et s'y enchevêtrent d'une façon variable; ceux issus du mésoderme y sont prépondérants (*tumeurs mésodermiques* de MONOD et ARTHAUD). — Voilà, en conséquence, ces *tumeurs mixtes* du testicule, aux combinaisons variables (chondromes, sarco-myo-chondromes, cysto-carcinomes et chondro-kystomes, rhabdomyomes), rattachées aux groupes des *tumeurs tératoïdes*, et par là, rapprochées des *kystes dermoïdes* de l'ovaire, dont elles diffèrent en ce qu'elles prennent généralement, dans le testicule, non la forme enkystée, mais la forme solide et diffuse (*tumeurs embryoïdes*, de WILMS).

Dès lors, les théories pathogéniques des *tératomes* (voy. t. I, p. 337) leur sont applicables. S'agit-il ici d'une *inclusion fœtale vraie* par diplogénèse? Cette hypothèse ne paraît point ici valable, car ces tumeurs du testicule se développent à l'époque de la maturité sexuelle (entre vingt-cinq et quarante-ans) au moment où le porteur a terminé sa croissance et où l'embryon inclus et avorté devrait, parallèlement, voir son développement arrêté.

Jusqu'à présent, on tendait à étendre aux tumeurs mixtes du testicule l'hypothèse de la *parthénogénèse*, acceptée pour les kystes dermoïdes et dermo-mucoïdes de l'ovaire. Il faudrait, selon PILLIET, « rattacher ces tumeurs à la seule cellule de l'être vivant qui puisse produire tous les tissus les plus différents, c'est-à-dire à l'ovule ». On serait ainsi conduit à admettre que, de même qu'un certain nombre de tubes de Pflüger mâles persistent chez la femelle (*cordons médullaires* de WALDEYER), de même, par un véritable hermaphrodisme, plus ou moins persistant, le hile

du testicule contient des ovules femelles qui normalement s'atrophient, mais qui, pathologiquement, peuvent donner lieu à des phénomènes tardifs de parthénogenèse, c'est-à-dire de segmentation sans fécondation. — Actuellement, la *théorie blastomérique* (voir t. I, p. 343) l'emporte sur celle de la parthénogenèse; et WILMS, si compétent en ce point, s'y est rallié, ce qui est une adhésion considérable.

**Formes cliniques.** — Cliniquement, il est impossible de superposer aux diverses variétés anatomiques un tableau symptomatique spécial: au lit du malade, ces formes se montrent ordinairement confuses et le microscope donne souvent un démenti aux diagnostics les mieux discutés.

Le diagnostic de ces diverses espèces s'équivaut, en général, comme malignité; et, d'ailleurs, l'observation clinique est impuissante à le fixer: seule, l'histologie fournit quelques probabilités, basées sur l'intensité de la prolifération épithéliale, sur le mode de la réaction conjonctive (les cancers à stroma dur et à prolifération cellulaire moins abondante étant d'un moindre péril). Comme autrefois, il faut donc s'en tenir à la description générale du cancer du testicule, du sarcoème cancéreux des cliniciens. — Au chapitre du diagnostic, nous étudierons quels caractères symptomatiques peuvent faire penser à un lymphadénome, à un chondrome, à une maladie kystique, seules formes un peu distinctes.

On peut observer le cancer du testicule dans les six premiers mois de la vie, mais son maximum de fréquence est compris entre vingt-cinq et quarante-cinq ans. Le traumatisme peut, sinon provoquer l'apparition de la tumeur, du moins en accélérer le développement. — La tuméfaction de l'organe est le fait initial prédominant: pendant un certain temps, le volume du testicule ne dépasse celui d'une bille, d'un gros œuf; puis, brusquement, en trois ou quatre mois, nous l'avons vu atteindre les dimensions d'un gros poing, d'une noix de coco (*testicule de taureau*).

La forme demeure ovoïde; le scrotum est distendu, gardant longtemps sa mobilité et souvent parcouru par des veines dilatées, rougeâtres, caractéristiques. — Palpez la tumeur: elle est « lourde

à la main »; au début, vous la trouverez uniformément consistante ou présentant une induration limitée; la résistance est élastique. Au-devant de la tumeur, vous apprécierez, en général, la présence d'une lame d'hydrocèle, superficiellement fluctuante, et, en déprimant du doigt cette couche liquide, vous sentirez la dureté du néoplasme (signe de GOSSELIN). — De bonne heure, l'épididyme devient indistinct et s'incorpore à la masse: reconnaissez le testicule, ou, ce qui en reste, par la recherche de la douleur testiculaire caractéristique; explorez le cordon, qui, en général, est tuméfié à son origine. — Si la tumeur a acquis un volumineux développement, vous pourrez percevoir, à la surface, des bosselures et découvrir des points durs, alternant avec des parties ramollies par épanchements sanguins, kystes ou dégénérescence du tissu morbide. — Explorez avec soin, le ventre étant bien relâché, les ganglions lombaires et prévertébraux: les lymphatiques du testicule y aboutissent et de très bonne heure sont envahis, ce qui contre-indique l'intervention et explique la fréquence des récidives intra-abdominales.

**Marche et pronostic.** — La période de début est évaluée à un an environ: elle est insidieuse, le testicule étant peu volumineux et ordinairement indolore. Les malades la laissent ordinairement passer, sans conseil médical. — La période d'accroissement rapide et d'état confirmé ne dépasse guère quelques mois: c'est le moment où nous voyons le malade préoccupé du volume de son testicule, d'une sensation de tiraillement dans les reins, parfois atteint d'une véritable névralgie testiculaire; et souvent, dès cette époque, nous constatons un envahissement irrémédiable des ganglions lombaires. — Vient la période de cachexie, souvent accélérée: vous trouverez au-devant de la colonne vertébrale, dans le ventre, un gros gâteau ganglionnaire; le foie, les poumons, qu'il faut attentivement ausculter, offrent les signes d'une métastase viscérale; l'appétence est complète, l'insomnie tenace, les téguments jaune pâle. — La durée moyenne est de vingt à vingt-deux mois; mais nous avons vu des cancers aigus, mortels en neuf mois.

**Diagnostic.** — Le diagnostic comporte les points suivants:

1° distinguer le cancer du testicule des affections non néoplasiques, à évolution chronique et non douloureuse (hématocèle, tuberculose et syphilis), qui peuvent être confondues avec lui; 2° essayer le diagnostic des diverses formes anatomiques qui composent les néoplasmes de l'organe.

Confondre le cancer du testicule avec l'hématocèle vaginale, c'est une erreur clinique parfois commise; c'est surtout une question de diagnostic de concours. — Vous penserez à une hématocèle, quand vous rencontrerez cet ensemble de circonstances : un début souvent brusque de la tumeur, ou, du moins, son accroissement subit; la préexistence d'une hydrocèle antérieure; la durée prolongée de l'affection; parfois, des crises de tuméfaction avec phénomènes douloureux; la conservation d'un état général parfait et l'absence de tout retentissement ganglionnaire lombaire en dépit du volume souvent considérable de la tumeur. Mais il faut reconnaître qu'il y a des cas d'hématocèles dures et peu volumineuses où le diagnostic n'est tranché que par ponction ou l'incision exploratrices. — Pour l'orchite syphilitique, tenez compte de la fermeté plus grande de la tumeur, des nodosités dures qui sèment sa surface, de la forme « en galet » du testicule, de son indolence et surtout de l'effet rapide du traitement spécifique. — Une orchite-épididymite tuberculeuse, volumineuse sans abcès, peut exceptionnellement prêter à hésitation; mais, en règle générale, le siège épididymaire des lésions, leur caractère bosselé, leur ramollissement rapide, les altérations du cordon et de la prostate empêchent cette erreur.

Quant à établir la différenciation clinique des diverses formes de tumeurs malignes, c'est là un diagnostic différentiel qui reste approximatif, souvent infirmé par l'examen microscopique et qui n'est guère essayé que pour trois affections, la maladie kystique, l'enchondrome et le lymphadénome. Etant donnée une tumeur manifestement testiculaire, régulièrement ovoïde, lentement développée, n'ayant pas infecté les ganglions lombaires, offrant une dépressibilité spéciale (signe d'A. COOPER), et présentant parfois sur l'albuginée de petites saillies résistantes, qui ne donnent pas la sensation

de mollesse des parties dégénérées d'un carcinome vrai, on pourra soupçonner une *maladie kystique*. — Un *enchondrome* se manifestera peut-être par la dureté spéciale des parties cartilagineuses, contrastant avec la mollesse des points devenus kystiques. — Enfin, la marche lente, ce qui n'est pas ordinaire dans les cancers du testicule, le siège testiculaire de la néoplasie, l'intégrité de l'épididyme, et surtout la présence de petites tumeurs de généralisation dans la peau, sont des présomptions en faveur de l'hypothèse d'un lymphadénome; mais combien décevantes!

**Traitement.** — Il n'y a qu'un traitement et il doit être aussi précoce que possible : c'est la castration. Mais, trop souvent, il demeure impuissant, le mal s'étant déjà propagé aux ganglions intra-abdominaux; et les phénomènes de généralisation évoluent en quelques mois.

## ARTICLE IX

## DU VARICOCÈLE

**Définition.** — On nomme *varicocèle* une tumeur constituée par la dilatation variqueuse des veines spermatiques.

**Historique.** — Dans l'antiquité, CELSE et PAUL D'EGINE sectionnent, entre deux ligatures, les varices du cordon. Il faut arriver à CALLISEN, MORGAGNI, J.-L. PETIT, pour trouver les premières bases de l'étude symptomatique et de l'étiologie du varicocèle : alors se produisent des théories ingénieuses, et l'on cherche à expliquer par les dispositions anatomiques le développement du varicocèle; à ce débat déjà fort ancien les recherches modernes ont peu ajouté, et le chapitre de la pathogénie se rédige encore avec ces vieilles hypothèses.

Vers la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, se produit une réaction : on a vu des accidents graves suivre ces interventions radicales, on commence à étudier les complications des plaies veineuses;