

entraîner facilement par un filet d'eau; il résulte de cette élimination une caverne irrégulière, anfractueuse, tapissée par un tissu lardacé se continuant de proche en proche avec le tissu sclérosé voisin.

Les gommès se distinguent, à l'œil nu, des dépôts tuberculeux par leur plus grande résistance et par leur coloration plus jaune.

Étiologie. — La syphilis atteint en moyenne le testicule une fois sur 52 cas d'infection (Fournier, Reclus), soit à la période *secondaire*, environ 4 mois et demi après le chancre, soit à la période *tertiaire*, 4 ans et demi plus tard (Tédénat).

Le syphilome testiculaire peut être une manifestation de la syphilis héréditaire.

Symptômes. — L'affection se développe d'une manière lente et insidieuse, quelquefois à l'insu du malade, et la tumeur ne détermine de la gêne et un peu de douleur que lorsqu'elle a acquis un certain volume. Cependant, d'après Reclus, l'orchite serait quelquefois aiguë dans les premiers temps.

Les bourses ne présentent aucune altération; la tunique vaginale renferme, dans la moitié des cas environ, une certaine quantité de liquide; le testicule est facile à explorer. Il est gros, mais cette augmentation de volume ne dépasse guère les dimensions d'un petit œuf ou d'un citron (Fournier); la tumeur, en général ovoïde, est quelquefois aplatie sur les côtés « en forme de galet ». A la palpation, elle peut être dure et d'une résistance comme ligneuse dans toute son étendue, ou bien présenter à côté de points durs des points mous rappelant la souplesse normale du testicule. Quelquefois, l'induration est prononcée au centre tandis que les deux pôles ont leur consistance normale.

Le plus souvent, le doigt perçoit à la surface de l'albuginée la sensation de plaques dures, étalées, ou bien de bosselures et de nodosités plus ou moins saillantes. L'albuginée paraît par places « blindée d'une lame de cartilage ». Les bosselures donnent à sa surface un aspect chagriné, « elles sont à peu près ce que seraient des têtes d'épingle, des grains de plomb ou de petites noisettes incorporées à la substance testiculaire ». (Fournier.)

Cette albuginite, bien décrite par Ricord, est caractéristique de la syphilis du testicule.

La palpation et même la pression de l'organe malade sont indo-

lentes; le testicule peut être comprimé entre les doigts sans qu'on y réveille sa sensibilité spéciale; ce phénomène a une grande valeur au point de vue du diagnostic.

A une certaine période de la maladie, l'épididyme peut présenter une induration bosselée surtout marquée au niveau de la tête, et il peut arriver à se confondre avec le testicule au point de ne plus pouvoir en être distingué.

Les deux testicules se prennent souvent l'un après l'autre à quelques mois d'intervalle.

Avec les progrès de la maladie, en l'absence de médication spécifique, le testicule diminue de volume, se rétracte grâce à la sclérose du tissu fibreux de nouvelle formation et s'atrophie au point de ne plus représenter dans les bourses qu'un petit corps dur, irrégulier, du volume et de la consistance d'un haricot ou d'un pois (*haricocèle* de Ricord).

L'orchite syphilitique double entraîne l'absence de spermatozoïdes dans le sperme, la stérilité absolue et quelquefois un état marqué de féminisme (Fournier).

Chez les enfants, l'affection est ordinairement bilatérale et se manifeste sous forme d'une tumeur indolente, extrêmement dure, roulant sous les doigts comme une bille. Elle peut être congénitale, mais apparaît le plus souvent de 2 à 15 mois (Hutinel) et se termine par l'atrophie testiculaire.

La *gomme* du testicule ne peut guère être reconnue avant le ramollissement et la suppuration du foyer caséux. Au moment du ramollissement, le scrotum devient douloureux, s'œdématie, adhère au testicule, s'indure et rongit; la peau, soulevée par une collection fluctuante, rougit et devient luisante.

La résorption peut encore être obtenue à cette période par un traitement énergique, et à la tumeur succèdent une rétraction et une adhérence du tégument au niveau du point ramolli.

Si le traitement est insuffisant, il se fait une ulcération toujours placée en avant du testicule, à la partie antérieure du scrotum (Reclus) par laquelle s'échappe une matière puriforme, sorte de sérosité filante, mêlée à des grumeaux blanchâtres. Au fond de l'ulcération, circonscrite par des bords violacés, décollés et taillés à pic, se voit une matière d'un jaune blanchâtre semblable au bourbillon de l'anthrax. Des bourgeons charnus exubérants peuvent sortir de cette

caverne syphilitique, faire issue sur le scrotum sous forme de champignon et constituer une variété de fungus (*fungus syphilitique*, Reclus).

Sous l'influence d'un traitement bien dirigé, l'ulcération gommeuse se déterge et se cicatrise rapidement.

L'épididymite syphilitique isolée, longtemps contestée, est maintenant admise depuis les travaux de Dron (*Archives gén. de médéc.*, 1865), de Fournier, de Tédenat, de Balme (Thèse de Paris, 1876). Elle appartient à la période secondaire et quelquefois apparaît dans les quatre premiers mois de l'infection. On la voit cependant quelquefois dans la période tertiaire. La lésion, souvent méconnue grâce à son indolence, se manifeste ordinairement par la présence d'un nodule gros comme un pois ou une noisette siégeant à la tête de l'épididyme.

Tout l'organe peut être envahi par des bosselures; l'affection s'accompagne alors d'un épanchement abondant dans la tunique vaginale.

Diagnostic. — La marche lente et insidieuse de l'affection, sa tendance à envahir les deux testicules, le blindage de la surface de la glande et ses nodosités pisiformes caractéristiques, la perte de sa sensibilité normale à la pression, la coexistence fréquente d'autres accidents syphilitiques, l'influence rapide du traitement, sont des signes de première valeur.

L'épanchement dans la tunique vaginale n'a pas l'importance qu'on lui attribue; il se retrouve avec une égale fréquence dans le testicule tuberculeux (Trélat).

Dans la tuberculose, l'épididyme bourrelé de bosselures sphériques et volumineuses est bien plus souvent pris que la glande même ou est pris simultanément avec elle; l'augmentation de volume et l'induration du cordon, l'envahissement des vésicules séminales et de la prostate, la suppuration fréquente des foyers tuberculeux épididymaires sont de bons éléments d'un diagnostic différentiel.

Le cancer est le plus souvent unilatéral; il est le siège de douleurs lancinantes réveillées par la pression; la tumeur augmente rapidement de volume, elle offre des bosselures considérables et des inégalités de consistance; elle n'est pas impressionnée par le traitement antisiphilitique. Le diagnostic peut présenter les plus grandes diffi-

cultés et fréquemment la castration a été pratiquée dans ces circonstances douteuses.

Pronostic. — Le sarcocèle syphilitique, abandonné à lui-même, entraîne l'atrophie de l'organe, mais il guérit toujours et presque à coup sûr par le traitement approprié. « La lésion guérit merveilleusement, miraculeusement, sous l'influence de la médication spécifique. » (Fournier.) Néanmoins, la destruction du tissu testiculaire est irréparable dans les points où il y a eu de la sclérose ou une gomme ramollie.

Traitement. — La médication par excellence consiste dans l'administration quotidienne de l'iodure de potassium à dose progressive, en commençant par 2 grammes pour atteindre 4, 5 et 6 grammes. L'adjonction des frictions mercurielles sur les cuisses ou le tronc avec 4 grammes par jour d'onguent napolitain devient indispensable dans tous les cas où l'amélioration se fait attendre.

TESTICULE TUBERCULEUX.

La thèse de Dufour (1854) est le premier travail d'ensemble sur la tuberculose du testicule signalée par Bayle en coïncidence avec la tuberculose pulmonaire.

La nature tuberculeuse des lésions caséuses, contestée en Allemagne par Virchow et Rindfleisch, en France par Richet et son élève Mougin (Thèse de Paris, 1875), a été démontrée à nouveau par Thaon et Grancher dans leurs travaux sur l'unité de la tuberculose. La thèse de Reclus (1876) et les recherches histologiques de Malassez ont définitivement fixé la question au point de vue de la clinique et de l'anatomie pathologique.

Étiologie. — Les portes d'entrée de la tuberculose du testicule sont encore mal connues; le testicule peut être le premier point envahi par l'infection bacillaire; souvent il l'est en coïncidence avec d'autres organes et en particulier avec le poumon.

Quand le testicule est pris d'emblée, on a pu supposer (Verneuil, Fernet, Valin) qu'il y avait une véritable inoculation par les rapports sexuels avec une femme atteinte de tuberculose des voies génitales. Certains écoulements d'apparence blennorrhagique seraient déterminés par l'inoculation du virus tuberculeux et se propageraient à

l'épididyme et au testicule. Des orchio-épididymites antérieures, des contusions, constitueraient une cause prédisposante.

La tuberculose du testicule peut se déclarer chez des individus ayant les apparences de la santé la plus florissante; plus souvent, elle apparaît chez des sujets ayant eu ou ayant encore d'autres manifestations tuberculeuses.

Comme Velpeau l'a déjà démontré, la tuberculose génitale reste souvent localisée, sans tendance à la généralisation. Reclus a constaté à l'autopsie qu'elle existait seule, sans lésions pulmonaires, dans un tiers des cas. Comparée à la fréquence de la tuberculose des poumons, elle se trouve dans la proportion de 2 pour 100 (Reclus).

La tuberculose testiculaire atteint son maximum de fréquence entre 15 et 55 ans; elle est rare dans l'enfance et dans la vieillesse.

Anatomie pathologique. — Le scrotum, parfois sain, est le plus souvent percé de fistules ou rétracté par des cicatrices. Comme dans toutes les fistules tuberculeuses, les orifices sont minces, entourés d'une peau rouge violacée, traversés par un liquide séro-purulent; ils sont, dans quelques cas, situés sur une saillie en cul-de-poule qui persiste tant que dure le suintement purulent.

La cicatrisation de ces fistules est suivie de la production d'une cicatrice déprimée à laquelle succède un cordon fibreux qui s'enfonce plus ou moins loin dans la profondeur; on trouve quelquefois à leur voisinage de petits abcès circonvoisins développés dans le tissu cellulaire du scrotum.

La tunique vaginale épaissie, vascularisée, présente des adhérences générales ou partielles entre lesquelles se collecte un liquide jaune verdâtre, plus dense que celui de l'hydrocèle. Elle peut contenir des granulations tuberculeuses (Simmonds); le tissu sous-séreux est vascularisé et épaissi.

Dans la majorité des cas, le testicule et l'épididyme sont envahis simultanément (27 fois sur 54 autopsies (Reclus); l'épididyme peut être pris seul; le testicule ne paraît jamais pris à l'exclusion de l'épididyme (Reclus).

L'affection est le plus souvent unilatérale (58 fois sur 79, Reclus).

L'épididyme ne présente quelquefois que quelques noyaux isolés siégeant dans la tête ou dans la queue, ayant d'abord l'aspect de masses caséuses crues, puis plus tard ramollies et suppurantes, et aboutissant aux fistules des téguments.

D'autres fois, il est infiltré dans sa totalité et notablement augmenté de volume, perdu dans une masse fibreuse de nouvelle formation et transformé en une véritable masse caséuse. Gosselin a décrit sous le nom de *tubercules concentriques* de petits nodules situés en dehors de l'épididyme, développés aux dépens du tissu conjonctif péri-épididymaire.

A la coupe, on a par places l'aspect du marron cru, et à côté, des points ramollis, des foyers en voie de formation, ou des masses crétaées, calcaires. La section ouvre quelquefois une multitude d'alvéoles réguliers, les uns vides, les autres remplis de matières purulentes, qui ne sont autres que des tubes épидидymaires dilatés et épaissis, obstrués par des produits tuberculeux ou vidés (Reclus).

Le testicule présente à la fois des granulations tuberculeuses et des masses caséuses. Les granulations peuvent affecter toutes les dispositions; elles sont discrètes, confluentes ou rangées en séries régulières suivant les travées fibreuses; elles sont surtout nombreuses à la périphérie et disparaissent au niveau du corps d'Highmore où elles sont remplacées par des foyers caséux plus ou moins volumineux.

D'après les recherches de Malassez, confirmatives de l'opinion de Curling et de A. Cooper (*Archives de Physiologie*, 1876), la granulation tuberculeuse aurait pour siège primitif le tube séminifère lui-même. Elle ne produit pas dans l'épididyme, le corps d'Highmore ni le canal déférent, où les masses caséuses se développent d'emblée.

Le testicule tout entier, lourd, augmenté de volume, peut être transformé en masses caséuses; la coupe rappelle par places celle du marron d'Inde cru, tandis qu'à côté elle ouvre des foyers ramollis, suppurés, de véritables cavernes en communication avec une fistule extérieure.

Le canal déférent, souvent envahi, est induré volumineux, bosselé par des nodosités dures qui lui donnent un aspect moniliforme. Ses lésions sont le plus souvent bornées à la portion testiculaire et ne remontent guère au delà de 5 à 6 centimètres au-dessus de la queue de l'épididyme; quelquefois elles existent en même temps au niveau de la jonction avec la vésicule séminale. Rarement elles s'étendent à toute l'étendue du canal (Reclus).

Symptômes. — En général, le début de l'affection est insidieux. Cependant dans quelques cas l'épididymite débute avec toutes les

allures de l'épididymite aiguë blennorrhagique (Reclus); en quelques jours, au milieu de phénomènes inflammatoires, l'épididyme dur et très douloureux à la pression forme derrière le testicule une sorte de bourrelet, comme un demi-cylindre contourné en croissant. Duplay a décrit cette forme sous le nom de *tuberculisation galopante du testicule* (1860). L'induration persiste; les bosselures se ramollissent et il se fait un abcès qui s'évacue à l'extérieur et devient fistuleux.

Dans la forme commune, le gonflement se fait d'une manière beaucoup plus lente et la suppuration ne se produit que plus tard et quelquefois même fait défaut.

La tuberculose testiculaire est quelquefois précédée par un écoulement urétral chronique indiquant l'affection de la prostate ou par des hématuries symptomatiques de la tuberculose du rein ou de la vessie.

Quoi qu'il en soit, les bourses sont saines ou distendues par une hydrocèle que l'on rencontre dans le tiers des cas (Reclus); la palpation indique des noyaux durs, arrondis, réguliers siégeant dans le corps de l'épididyme ou plus souvent au niveau de la tête ou de la queue, et souvent une induration en masse du canal. Le testicule est coiffé à sa partie postéro-supérieure par une masse dure, irrégulière, bosselée, renflée à ses extrémités.

Quand les lésions du testicule sont peu prononcées, elles sont difficiles à reconnaître; si le testicule et l'épididyme sont pris simultanément, les bourses renferment une tumeur plus ou moins volumineuse où la distinction entre les parties est difficile. Le testicule est plus lisse et arrondi; l'épididyme est bosselé et plus allongé.

Le canal déférent présente souvent des bosselures faciles à apprécier ou une induration en masse qui augmente son volume; le toucher rectal donne en même temps, dans nombre de cas, les signes de la prostatite ou de la vésiculite tuberculeuse.

Les masses caséuses peuvent rester longtemps stationnaires et à la longue elles peuvent finir par se rétracter et diminuer de volume. A un moment donné, il se fait en un point du scrotum une tuméfaction plus molle; la peau rougit, s'amincit et s'ulcère, donnant issue à du pus d'abord épais et bien lié, puis séreux et grumeleux. L'ouverture reste en général fistuleuse; dans la grande majorité des cas la fistule siège à la partie postéro-inférieure au niveau de la queue

de l'épididyme. Quand elle se cicatrise, elle est remplacée par un cordon fibreux qui se dirige plus ou moins obliquement vers la profondeur, et par une cicatrice déprimée.

Marche. Terminaisons. — L'affection peut avoir une marche aiguë ou subaiguë chez les jeunes sujets et suppurer en deux mois; elle est chronique chez les adultes et chez les vieillards, en subissant de temps à autre des poussées aiguës, qui se terminent par la suppuration d'un point.

Le testicule peut être complètement détruit par la suppuration et se trouver réduit à une masse fibreuse dure et irrégulière ou bien renfermer une série de masses caséuses ayant subi la transformation crétacée. L'épididyme est dur, bosselé, oblitéré. C'est la forme ordinaire de la guérison, qui peut rester durable pendant de longues années et jusqu'à une vieillesse avancée.

Souvent, la tuberculose testiculaire se complique de manifestations tuberculeuses dans le voisinage ou à distance, et le malade succombe aux accidents de la néphrite ou de la cystite tuberculeuse ou aux progrès de la tuberculose pulmonaire.

Diagnostic. — La forme aiguë ne peut être que soupçonnée au début; elle ne se reconnaît qu'à la persistance de l'induration et surtout à la formation d'un abcès.

Dans la forme commune, les caractères de l'épididyme sur lequel nous avons longuement insisté ne sauraient guère faire méconnaître la nature de l'affection; le diagnostic est seulement délicat avec les indurations persistantes consécutives à la blennorrhagie. L'hésitation n'est plus permise dès qu'il y a un abcès ou une fistule.

Dans la syphilis, le testicule est moyennement gros, induré par plaques ou chagriné à sa surface, insensible à la pression, et l'épididyme est le plus souvent sain; dans la tuberculose, l'épididyme est gros et bosselé, le testicule est sain ou bien il est malade et forme avec l'épididyme une masse irrégulière douloureuse à la pression.

Le canal déférent est souvent pris dans la tuberculose; il est indemne dans la syphilis.

Enfin, on peut trouver la coexistence de lésions tuberculeuses du côté de la prostate ou des vésicules séminales; aussi le toucher rectal ne doit-il jamais être négligé.

Pronostic. — Le pronostic est toujours sérieux; la fonction du

testicule est perdue et le foyer tuberculeux primitif peut devenir le point de départ d'une infection locale ou généralisée.

Traitement. — Comme dans toute tuberculose, le traitement général devra tenir une large place; les reconstituants généraux et surtout le séjour au bord de la mer, les stations dans les eaux chlorurées sodiques fortes font quelquefois merveille, alors même que les abcès sont ouverts et que la suppuration est abondante. Les masses caséuses s'indurent, se créfient ou se résorbent; les cavernes et les fistules se cicatrisent dans bon nombre de cas.

Avant la période d'ulcération, le traitement local, le plus souvent fort simple, consiste à soutenir les bourses avec un suspensoir bien fait.

Quand un abcès est formé, il faut le traiter comme tous les abcès tuberculeux; évacuer son contenu et modifier profondément ses parois par le grattage et la cautérisation au chlorure de zinc ou au fer rouge.

Mais quand le testicule et l'épididyme sont pris en totalité, si le cordon n'est pas envahi dans une étendue trop considérable par une infiltration ne permettant pas sa section dans le tissu sain, quand des abcès multiples se font jour ou sont menaçants, quand le scrotum est criblé de fistules, il faut sans hésitation faire la castration et débarrasser l'économie de ce foyer d'infection locale et générale.

La castration sera également pratiquée de bonne heure quand le testicule et l'épididyme sont envahis rapidement en totalité d'une manière presque aiguë. Les dépôts sont trop abondants pour qu'on puisse espérer leur résorption.

FONGUS DU TESTICULE.

Le *fongus*, terme sous lequel on a longtemps confondu les végétations de toute nature nées du testicule, est constitué par une masse bourgeonnante venant de cet organe et faisant saillie à travers une perforation des enveloppes des bourses.

L'histoire du *fongus* a été faite par W. Lawrence (1808), Curling, reprise par Jarjavay (*Archives de médecine*, 1849), Deville (*Moniteur des hôpitaux*, 1855), Hennequin (Thèse de Paris, 1865) et dans les thèses de Reclus et Rohmer.

Jarjavay a proposé et fait accepter le nom de *fongus bénin*, donné

à cette affection pour la distinguer des végétations cancéreuses dont le testicule peut être le siège. Il a également différencié deux formes de *fongus*, à savoir : 1° ceux qui végètent sur l'enveloppe fibreuse, ou *fongus superficiels*; 2° ceux qui poussent du parenchyme et sortent à travers une perforation de la tunique albuginée, *fongus parenchymateux*.

Étiologie. — Le *fongus superficiel* succède à une hernie du testicule, soit après une plaie accidentelle des bourses, soit après leur ulcération; c'est le *prolapsus testiculaire* de Kocher. Des bourgeons charnus exubérants se développent sur l'albuginée du testicule hernié et forment au-dessus du scrotum une masse rougeâtre plus ou moins volumineuse.

Le *fongus profond* ou *parenchymateux* succède à l'ouverture de l'albuginée et prend naissance dans le parenchyme glandulaire lui-même. Il se produit après une ulcération de l'albuginée dans l'orchite aiguë suppurée, peut-être dans la tuberculose et dans la syphilis du testicule.

Ce *fongus*, d'après Jarjavay, serait dû à l'excès de tension à laquelle la substance glandulaire, augmentée de volume, se trouve soumise dans l'albuginée inextensible. Pour Reclus, au contraire, il serait constitué par des bourgeons charnus exubérants partis des parois d'une cavité formée par l'élimination du pus ou d'une portion sphacélée.

Ces deux opinions sont également vraies; car on trouve dans le *fongus* tous les éléments ordinaires qui entrent dans la constitution des bourgeons charnus; et, en outre, la présence des canalicules spermatiques altérés, épaissis, à peine reconnaissables, y a été démontrée par Rémy (*Journal d'anatomie*, 1880).

La tumeur est très vasculaire et devient turgide et comme érectile quand on pousse une injection par l'artère spermatique, qui est augmentée de volume ainsi que la déférentielle.

La cavité vaginale est le plus souvent oblitérée ou cloisonnée par des brides et des adhérences.

Symptômes. Marche. — Dans le *fongus superficiel*, la hernie du testicule se reconnaît facilement à la sensibilité spéciale de l'organe et à la vacuité du scrotum, qui ne renferme plus que l'épididyme et le cordon.

C'est dans le cours d'une orchite traumatique ou chronique que

survient le fongus parenchymateux : une ou deux bosselures prominent à la surface de la glande, en étant le siège de douleurs plus ou moins vives, s'en détachent de plus en plus et arrivent sous les téguments qui rougissent, s'amincissent et s'ulcèrent en un ou plusieurs points dont la réunion forme plus tard une large ulcération (Jarjavay). Le volume du fongus est variable depuis celui d'une noisette à celui d'un gros œuf; il est en raison inverse de celui de la glande qui semble disparaître peu à peu au profit du parasite qui vit et se développe à ses dépens (Jarjavay).

La tumeur est recouverte de granulations plus ou moins saillantes (*tumeur granuleuse de Cooper*), d'un rouge pâle ou d'un jaune rougeâtre.

La peau du scrotum, amincie, enserre le fongus à sa base; derrière la masse on sent l'épididyme intact ou tuméfié et induré.

La tumeur est spontanément peu douloureuse, mais la compression forte y réveille la sensibilité testiculaire spéciale (Jarjavay).

Abandonnée à elle-même, elle augmente toujours de volume; elle peut se sphacéler par places ou s'éliminer complètement après une longue suppuration. L'albuginée vidée de son contenu ne forme plus qu'une petite masse dure et résistante, adhérente au scrotum.

Diagnostic. — Les grosses excroissances du cancer ulcéré, irrégulières, mollasses, saignantes et recouvertes d'une sanie fétide, accompagnées d'engorgement ganglionnaire, ne seront pas confondues avec le fongus.

Les commémoratifs permettront le plus souvent de distinguer le fongus superficiel du fongus parenchymateux. Dans ce dernier cas, la sensibilité spéciale provoquée par la compression n'existerait plus, à cause de la destruction avancée de la substance glandulaire (Rollet), tandis qu'elle serait très marquée dans le fongus superficiel.

Pronostic. — L'affection est bénigne en elle-même; elle n'est grave que par les lésions auxquelles elle succède et par sa résistance aux divers traitements. Le pronostic est favorable quand le fongus est d'origine syphilitique.

Traitement. — Dans le doute et avant toute espèce d'intervention, le traitement spécifique devra être institué rigoureusement pendant trois semaines. Des guérisons rapides, avec retour de la mobilité et de la consistance du testicule, ont été obtenues par cette médication.

La castration doit être pratiquée s'il s'agit d'un fongus tuberculeux (Kocher).

L'excision de la masse herniée sera pratiquée au bistouri ou à la cuiller tranchante, s'il s'agit d'un fongus consécutif à une orchite traumatique ou à une orchite mal déterminée dans sa nature et rebelle au traitement antisyphilitique.

Quand la tumeur se reproduit après cette première intervention, le testicule sera enlevé par la castration.

TUMEURS MALIGNES DU TESTICULE.

Sous le nom de *cancer du testicule* ou *sarcocèle cancéreux*, on décrit un certain nombre de tumeurs qui peuvent être différenciées par l'examen microscopique, mais dont la nature histologique ne saurait être souvent reconnue par la clinique. Celle-ci se contente, dans la plupart des cas, de reconnaître la nature maligne de l'affection. En outre, après l'examen microscopique on est même parfois embarrassé pour classer quelques-unes de ces tumeurs dans lesquelles les éléments sont confondus et mélangés; la dénomination et la caractéristique de la tumeur ne peuvent être tirées que de la prédominance d'un des éléments sur les autres.

L'histoire de ces tumeurs a été faite en partie d'après les nombreuses pièces présentées à la Société anatomique depuis quarante ans environ; Nepveu leur a consacré un mémoire important (Paris, 1872), et Kocher un long article dans le *Compendium* de Pitha et Billroth.

Étiologie. — Les tumeurs malignes du testicule appartiennent surtout à l'âge adulte, mais se trouvent aussi assez souvent dans l'adolescence et surtout dans la première enfance.

L'ectopie testiculaire paraît une prédisposition au cancer.

Anatomie pathologique. — Toutes les variétés de cancer ont été observées dans le testicule; on y trouve par degré de fréquence le *carcinome*, le *sarcome*, le *lymphadénome*.

Le *myxome* ne s'y trouve pas à l'état de pureté, mais en combinaison avec d'autres tumeurs.

Le *carcinome encéphaloïde* est la forme la plus fréquente; il forme une tumeur volumineuse, irrégulière, de consistance inégale

avec des noyaux durs à côté de points ramollis; la substance testiculaire est rapidement détruite.

L'albuginée peut rester intacte; si elle se laisse perforer, les masses encéphaloïdes ulcèrent les téguments du scrotum et viennent faire hernie à l'extérieur (fungus cancéreux). Le cordon peut aussi être envahi.

Robin place le point de départ du carcinome dans l'épididyme; Curling, Kocher le font partir au contraire du *rete testis*, d'où il pénètre dans le tissu glandulaire qu'il envahit avec rapidité.

Le *squirrhe* est très rare; il se présente sous la forme d'une tumeur peu volumineuse, de consistance dure et comme ligneuse, bosselée et irrégulière; il semble partir du corps d'Highmore, d'où les travées fibreuses s'irradient en éventail vers la substance testiculaire qu'elles étouffent.

La *mélanose*, mélangée au sarcome ou à l'encéphaloïde, n'est pas une forme primitive dans le cancer du testicule. Les ganglions iliaques, lombaires, se prennent à une période peu avancée de l'affection, et l'infection gagne les viscères et particulièrement le foie.

Le *sarcome* se présente dans le testicule avec ses formes ordinaires; suivant la prédominance du stroma fibreux sur l'élément cellulaire ou réciproquement, on retrouve le sarcome *dur* ou *fibrosarcome* et le *sarcome mou* ou *médullaire*. Souvent on trouve des formes mixtes dans lesquelles il y a des tissus muqueux, cartilagineux ou même ostéoïdes. Le sarcome médullaire est dans bon nombre de cas parsemé de kystes de différentes dimensions, *cysto-sarcome*.

D'après Robin, le sarcome prendrait naissance dans la queue de l'épididyme. Le plus souvent, le testicule et l'épididyme sont altérés à peu près au même degré.

Le sarcome médullaire peut infecter toute l'économie comme le carcinome; le sarcome dur a une grande tendance à envahir les tissus de proche en proche et à récidiver sur place après son ablation.

Le *lymphadénome* du testicule a bien été décrit par Malassez dans un mémoire de Monod et Terrillon (*Archives de médecine*, 1879). La tumeur est essentiellement constituée par un tissu réticulé semblable à celui des ganglions lymphatiques. Elle est régulière, de consistance uniforme, d'un aspect homogène à la coupe; elle envahit fréquemment les deux testicules.

Le lymphadénome du testicule est primitif et bientôt suivi de gé-

néralisation (Trélat), ou secondaire à une lymphadénie généralisée.

Enfin, exceptionnellement on a observé dans le testicule une tumeur formée par des fibres lisses ou striées ou *myome* (Rindfleisch, Billroth, Rokitsky).

Symptômes. — Les symptômes doivent être décrits d'ensemble pour les diverses tumeurs malignes du testicule, en indiquant les caractères spéciaux qui peuvent appartenir à telle ou telle forme anatomique.

Le début est le plus souvent insidieux et ne se traduit que par une augmentation de volume du testicule avec ou sans hydrocèle concomitante, accompagnée d'un peu de gêne et de lourdeur dans la glande et sur le trajet du cordon.

La tumeur grossit rapidement en quelques mois et devient le siège de douleurs lancinantes quelquefois très vives, pouvant s'irradier jusque dans les reins. A la palpation, on constate une tumeur régulière rappelant un testicule hypertrophié, quelquefois de consistance uniforme, d'autres fois, au contraire, molle, dépressible et fluctuante par places, et dure et résistante en un autre point.

Plus tard des bosselures se développent à la face antérieure de la tumeur; quand l'albuginée est envahie, les téguments se vascularisent et contractent des adhérences avec les parties profondes. L'ulcération est rare, la mort survenant en général avant cette période.

Le testicule et l'épididyme sont confondus et le plus souvent ne peuvent être distingués l'un de l'autre. Le cordon est gros, dur, inégal, bosselé.

La palpation profonde de l'abdomen révèle l'envahissement des ganglions lombaires. A une période avancée, toute la fosse iliaque et la région lombaire correspondante peuvent être remplies par des masses volumineuses qui sont le siège de violentes douleurs et déterminent de l'ascite ou de l'œdème et des névralgies sciatique, crurale ou lombdo-abdominale.

En général, ces phénomènes locaux s'accompagnent d'un amaigrissement rapide du sujet.

Le malade succombe à la généralisation cancéreuse ou à une maladie intercurrente.

La description précédente s'applique particulièrement au carcinome encéphaloïde et au sarcome médullaire, qui présentent beaucoup de ressemblances cliniques.