

Le squirrhe se présente sous forme d'une tumeur en général petite, irrégulière, bosselée et excessivement dure. Elle reste dure pendant toute son évolution, qui est très lente; le mal reste longtemps stationnaire, et peut durer plusieurs années.

Le lymphadénome n'a guère que des caractères négatifs et se reconnaît par exclusion. On doit attacher la plus grande importance à la recherche d'une ou plusieurs petites nodosités sous-cutanées pouvant siéger en un point quelconque du corps et dont la nature est la même que celle de la tumeur testiculaire.

Cette tumeur s'accompagne d'un engorgement ganglionnaire rapide et d'une généralisation viscérale et cutanée précoce qui offre ce caractère particulier de n'entraîner, pendant une période relativement longue, aucune cachexie appréciable (Monod et Terrillon).

Diagnostic. — Le diagnostic des tumeurs malignes du testicule peut être fort difficile, et souvent ce n'est que la marche rapide de la tumeur qui peut la faire distinguer d'une tumeur bénigne des bourses et en particulier de la vaginalite chronique avec hématocèle spontanée. Souvent, en pareil cas, la ponction exploratrice peut rendre quelques services; mais souvent aussi elle ne fournit que peu de renseignements, et ce n'est que le bistouri à la main et au moment de l'opération que le diagnostic peut être fait. Aussi ne rechercherons-nous pas ici à formuler les données schématiques d'un diagnostic théorique qui ne seraient pas confirmées par la clinique.

Le diagnostic est également fort difficile avec l'infiltration tuberculeuse rapide du testicule et de l'épididyme. La conduite du reste est la même dans les deux cas et l'erreur n'est que de peu d'importance.

Le sarcocèle syphilitique ne peut guère être confondu qu'avec le squirrhe, forme rare de tumeur testiculaire; l'absence de douleurs spontanées et à la pression, les inégalités de la surface de l'albuginée, la tendance à l'envahissement successif des deux glandes, la résolution rapide par le traitement spécifique, seront les meilleurs signes diagnostiques de la syphilis du testicule dont la fréquence est beaucoup plus grande que la dégénérescence squirrheuse.

Pronostic. — Le pronostic est mortel à échéance plus ou moins courte dans les formes encéphaloïde du carcinome et médullaire du sarcome. La récurrence ganglionnaire ou la généralisation sont presque

inévitables après l'ablation de la partie malade; il n'y a que dans le sarcome dur où l'on ait observé des guérisons durables.

Traitement. — Le traitement ne comprend qu'une indication qu'il faut remplir le plus tôt possible, dès que la tumeur est soupçonnée maligne. Celle-ci doit être enlevée par la castration. L'envahissement étendu (du cordon ou l'engorgement des ganglions lombaires, la présence d'une nodosité sous-cutanée dans le lymphadénome (Trélat), sont des contre-indications absolues à toute intervention.

MALADIE KYSTIQUE DU TESTICULE.

Cette affection, décrite pour la première fois par A. Cooper sous le nom de *maladie enkystée* du testicule, consiste en une tumeur développée à l'intérieur de la tunique albuginée et constituée par des kystes variables par leur nombre, leur volume et leur contenu.

Curling a nettement établi la distinction nécessaire entre les tumeurs kystiques bénignes qui constituent toute cette maladie et les kystes qui ne sont qu'un accident particulier des tumeurs malignes du testicule. Cette confusion a jeté un certain trouble dans la description de l'affection kystique proprement dite et surtout dans l'appréciation de son pronostic.

Un mémoire de Conche (Lyon, 1865), les travaux de Malassez et la thèse de Perriquet (Paris, 1875), l'article de Kocher, résument les connaissances actuelles sur ce sujet.

Kocher désigne la maladie sous le nom de *cystome* ou d'*adénocystome*; Gosselin lui donne le nom qui est en tête de cet article.

Anatomie pathologique. — La tumeur régulièrement ovoïde et rappelant la forme normale du testicule (A. Cooper) peut être considérable; son poids varie de 100 à 500 grammes. La vaginale chroniquement enflammée présente des brides et des adhérences entre ses deux feuillets. Le testicule est régulier; l'épididyme est allongé et étiré.

A la coupe, la tumeur est partout enveloppée par l'albuginée; la masse morbide est constituée par une agglomération de kystes enchâtonnés dans un tissu cellulo-fibreux plus ou moins dense, tantôt peu nombreux, tantôt innombrables. Leur volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un œuf de pigeon. Ils contiennent quelquefois un liquide transparent ou légèrement coloré, d'autres

fois épais, visqueux, albumineux ou mélangé de sang. Le liquide contient des granulations graisseuses et des cellules détachées de la paroi; il ne renferme jamais de spermatozoïdes. La paroi kystique présente souvent des végétations polypiformes qui emplissent plus ou moins la cavité.

À côté des kystes on trouve de petites masses d'un blanc nacré (*tumeurs perlées de Cruveilhier*), n'ayant rien de spécial à cette tumeur; elles sont formées d'écaillés épithéliales en couches concentriques, et constituent une variété d'épithélioma (*épithélioma perlé* de Cornil et Ranvier).

La substance testiculaire peut être trouvée refoulée en un coin de la tumeur ou étalée autour des kystes sous forme d'une coque rougeâtre.

La tumeur est constituée par une trame fibreuse dans laquelle sont enchatonnées les cavités kystiques. Celles-ci sont tapissées d'un épithélium à cellules plates, polyédriques, cylindro-coniques, cylindriques avec plateaux et cils vibratiles, quelquefois caliciformes. Malassez n'a pas trouvé dans la tumeur de tubes séminifères.

A. Cooper pensait que les kystes se développaient dans ces tubes étranglés et dilatés; Curling croit que leur siège primitif est le *rete testis* du corps d'Highmore. On pense aujourd'hui que ces kystes sont un produit nouveau, spécial, formé de toutes pièces et indépendant d'un autre état morbide (Trélat). D'après Malassez, la tumeur se développerait dans le tissu conjonctif intertubaire du testicule sous forme d'un amas épithélial apparaissant dans les lacunes, plein d'abord, se creusant ensuite d'une cavité et se remplissant d'un liquide formé par l'exsudation vasculaire et la sécrétion cellulaire. Ce développement aurait de l'analogie avec celui de certains kystes de l'ovaire. Malassez propose d'appeler cette tumeur *épithéliome myxoïde* ou *mucôïde*.

Symptômes. Diagnostic. — L'affection se montre sans cause connue chez des sujets entre 18 et 56 ans.

Elle se développe d'une manière lente et insidieuse, ne devenant gênante que par son volume et son poids.

Les veines du scrotum sont distendues; la tumeur a la forme générale du testicule, qui peut pendant longtemps être distingué de l'épididyme. Elle est régulière, de consistance égale, donnant une sensation de résistance plutôt que de fluctuation.

Le cordon spermatique et les ganglions lymphatiques ne sont jamais envahis; la santé générale reste parfaite.

La tumeur est souvent confondue avec une hydrocèle et le diagnostic ne peut en général être établi que par la ponction exploratrice. Celle-ci ferait reconnaître dans le liquide les cellules caractéristiques qui tapissent la paroi interne des kystes (Tachard).

La maladie kystique se distingue de l'encéphaloïde par la lenteur de sa marche, la régularité du développement et des contours de la tumeur, son indolence, l'intégrité de la santé générale. La seule indication thérapeutique est la castration.

ENCHONDROME DU TESTICULE.

Le cartilage se présente très rarement à l'état de pureté dans la constitution des tumeurs du testicule; le plus souvent il est mélangé à d'autres formations, comme le sarcome, le myxome, l'encéphaloïde; aussi, dans bon nombre de cas, fait-il partie des tumeurs les plus malignes du testicule.

L'*enchondrome pur* se montre surtout de 25 à 35 ans.

Anatomie pathologique. — Le cartilage peut se montrer sous deux formes : 1° en nodosités plus ou moins volumineuses, atteignant parfois la grosseur d'une noisette, ne présentant pas de limites nettes avec les tissus voisins, et d'ordinaire formées de cartilage hyalin pur ou atteint de dégénérescence graisseuse; 2° en masses arrondies, ovoïdes, allongées, séparées par du tissu conjonctif, facilement isolables, développées soit dans les vaisseaux lymphatiques ou les tubes séminifères dilatés (Curling, Paget), soit dans le tissu cellulaire et envahissant secondairement les lymphatiques (Virchow).

La lésion naît dans le corps d'Highmore et refoule dans un coin ou étale à sa surface la substance testiculaire.

La tumeur peut se ramollir par places et se creuser de véritables kystes remplis d'un liquide verdâtre dans lequel on trouve des granulations, des gouttelettes graisseuses, et une grande quantité de noyaux analogues aux noyaux des cellules de cartilage voisines.

Symptômes. — Cette affection ne présente comme signe particulier qu'une dureté caractéristique, des bosselures et des nodosités très dures, tandis qu'on peut percevoir en un ou plusieurs points une certaine mollesse due au ramollissement de la tumeur ou au

refoulement du testicule avec sa sensibilité spéciale à la pression. La tumeur se développe avec une lenteur excessive.

Dans un nombre de cas assez considérable (8 fois sur 23 cas. *Thèse de Marion*, 1881), elle peut se généraliser dans les ganglions, les poumons ou les autres viscères.

On doit faire la castration dès que la nature de la tumeur est soupçonnée.

INCLUSIONS FŒTALES.

On décrit sous ce nom des tumeurs contenant des débris de fœtus. Kocher les appelle *tératomes du testicule*. Velpeau (1841) a donné l'observation détaillée d'un cas de ce genre et Verneuil, dans deux travaux des plus remarquables (*Arch. de médecine*, 1855, et *Bullet. Soc. de Chirurgie*, 1878), a écrit d'une manière complète l'histoire de cette curieuse affection. On en connaît aujourd'hui 24 cas.

Anatomie pathologique. — La tumeur siège le plus souvent à droite, de même que l'inclusion fœtale est surtout fréquente dans l'ovaire droit. La production peut occuper une situation très variable par rapport au testicule lui-même; elle peut siéger, *en dehors* de sa substance, dans les couches sous-cutanées du scrotum; *en dedans* de l'albuginée, mais en ne contractant que des rapports de voisinage avec les tubes séminifères; enfin, la néoplasie peut être primitivement formée *dans l'abdomen* et descendre dans les bourses avec le testicule au moment de la naissance. C'est une inclusion *abdominale* qui deviendrait scrotale. Velpeau n'admettait que cette dernière origine.

Ces tumeurs peuvent renfermer les éléments les plus variés; on y a trouvé de la graisse, des poils, des dents, des squelettes de membres avec leurs articulations, des fragments de muscles plus ou moins altérés, des portions de peau avec les glandes sébacées et sudoripares, de la substance cérébrale, des tronçons complets d'intestin (Verneuil) et même de muqueuse pourvue de glandes.

La masse renferme souvent des kystes contenant des liquides d'aspect différent.

Enfin, quelquefois un trajet fistuleux partant de la tumeur amène à l'extérieur les diverses parties dont elle est composée.

Cette tumeur, rangée par Kocher dans la classe des *tératomes*,

reconnaît probablement pour cause l'*inclusion fœtale*, c'est-à-dire la greffe d'un individu très petit, très imparfait et parasite, sur un individu plus grand, bien conformé dans la plupart de ses organes.

Symptômes. — La tumeur d'origine toujours congénitale, peut rester latente pendant une longue période; elle ne se révèle que plus tard, souvent à l'occasion d'un traumatisme, par une augmentation de volume et un travail inflammatoire qui aboutit à la formation d'un abcès et d'une fistule. Ce n'est qu'après l'ouverture de cet abcès et avec la sortie des éléments caractéristiques (poils, dents, os, etc.), que l'on peut reconnaître la nature de l'affection.

La tumeur reste indolente et ne gêne que par son poids et son volume; elle n'a aucune tendance à la généralisation.

Le plus souvent, elle est enlevée par la castration; cependant dans quelques cas on a pu enlever la production morbide en ménageant le testicule. Cette conduite doit être suivie s'il s'agit de sujets jeunes, chez lesquels on a pu soupçonner la nature de l'affection.

KYSTES DE L'ÉPIDIDYME ET DU TESTICULE.

Ces kystes, désignés aussi sous le nom d'*hydrocèle enkystée* du testicule et longtemps confondus avec l'hydrocèle de la tunique vaginale, ont été signalés pour la première fois par Brodie. Ils ne sont réellement bien connus que depuis les travaux de Gosselin (*Arch. génér. de méd.*, 1848), et ont fait l'objet d'un mémoire important de Ch. Monod et Arthaud (*Arch. de physiologie*, 1885).

Anatomie pathologique. — Gosselin divise ces kystes en *petits* et *grands*.

Les *petits kystes* sont de petites saillies arrondies, du volume d'un grain de millet à celui d'un pois, formées par une poche remplie de liquide, et siégeant à la surface du testicule et surtout de l'épididyme. Ils varient de nombre de un à cinq ou six, siégeant tous dans la même région, où ils sont sessiles et quelquefois pédiculés. Le pédicule, parfois long et étroit, est toujours formé par la tunique vaginale.

Le siège ordinaire des petits kystes est la face convexe de la tête de l'épididyme; quand il s'en trouve près de la queue, ils sont situés presque toujours plus près du bord externe que du bord interne.

D'autres sont développés sur le testicule même, plus près de son bord supérieur que de son bord inférieur, entre la tunique vaginale et l'albuginée; mais ils sont développés dans l'épididyme même et non dans le testicule.

Ces petits kystes ne communiquent jamais avec les voies spermaticques. Ils contiennent un liquide séreux, transparent, jaunâtre, quelquefois trouble, épais, opalin; on n'y trouve jamais de spermatozoïdes.

Ils peuvent se rompre spontanément et leur paroi reste affaissée et ridée. Ces petites productions, fréquentes surtout dans la vieillesse, ne présentent aucun intérêt clinique.

Les *grands kystes* se développent presque toujours entre l'épididyme et le testicule. Ils se présentent comme une tumeur située sous la tête de l'épididyme, à paroi mince, à contenu clair, opalin ou grisâtre. Le testicule est situé à la partie inférieure et antérieure; l'épididyme est plus ou moins refoulé. Dans le cas de tumeur considérable, le testicule est entouré complètement, et ce n'est qu'à la dissection qu'on trouve, à côté de la grande poche kystique, la tunique vaginale refoulée et coiffée en même temps que le testicule.

Souvent les kystes sont multiples et réunis de manière à former une tumeur multiloculaire. Ils prennent toujours naissance sur la face inférieure de la tête de l'épididyme; la poche se trouve donc en arrière au voisinage immédiat des vaisseaux efférents.

La paroi des kystes, mince mais résistante, est fibro-celluleuse et tapissée d'épithélium à sa face interne. Ces kystes contiennent tantôt un liquide séreux, analogue à celui de l'hydrocèle, tantôt un liquide opalin, peu ou pas albumineux, dont la couleur est due à la présence d'une grande quantité de spermatozoïdes.

Les premiers sont désignés sous le nom de *kystes séreux*, les seconds sous celui de *kystes spermaticques* ou *hydrocèles enkystées spermaticques*.

Par le repos le liquide du kyste spermaticque se sépare en deux couches, la supérieure claire, l'inférieure opaque, contenant les spermatozoïdes ordinairement vivaces ou plus ou moins altérés.

Ce liquide, peu albumineux, ne se coagule pas par la chaleur et n'est que légèrement troublé par l'alcool, l'acide acétique ou nitrique.

Les spermatozoïdes ne se rencontrent que dans les grands kystes

et s'y rencontrent d'autant plus sûrement que le kyste est plus volumineux.

Pathogénie. — L'origine de ces kystes est peu connue. D'après Ch. Monod, les petits kystes sont en relation avec le travail de sclérose dont le testicule est le siège chez les individus âgés de cinquante à soixante ans et au delà. Cette sclérose, qui est surtout péricanaliculaire, aboutit par places à l'oblitération complète des conduits de l'épididyme; d'où la dilatation variqueuse de ceux-ci en arrière de l'obstacle. Marcé (*Thèse de Paris*, 1868) pense que leur point de départ est dans un petit conduit persistant du corps de Wolf, situé entre le testicule et l'épididyme. Cette origine aurait une grande analogie avec celle de certains kystes du ligament large qui se développent dans les vestiges du corps de Wolf ou l'organe de Rosenmüller. Giralès a trouvé la même origine à certains kystes du cordon chez l'enfant et par cette donnée a consolidé la théorie. Cette dernière pathogénie a été également appliquée au développement des *grands kystes* de l'épididyme (Curling).

D'après Gosselin, les kystes spermaticques peuvent succéder à la rupture de l'un des vaisseaux efférents, à la sortie d'une petite quantité de sperme et à l'enkystement de ce dernier par la formation autour de lui d'une poche de tissu conjonctif dont la surface interne fournit de la sérosité qui se mélange au sperme.

Cette théorie est difficile à accepter; elle n'explique pas la présence de l'épithélium pavimenteux à la face interne de la tumeur, ni le développement lent de la collection dans laquelle il faudrait admettre l'effusion constante du sperme.

Curling, qui admet l'origine du kyste dans les débris du corps de Wolf, a supposé, d'après deux observations anatomiques de Queckett, que le sperme pouvait à un moment donné pénétrer dans le kyste par la rupture d'un vaisseau efférent.

On admet, en résumé, aujourd'hui, que les grands kystes sous-épididymaires se développent aux dépens d'un débris persistant du corps de Wolf et que certains d'entre eux deviennent kystes spermaticques par la rupture d'un conduit efférent dans leur cavité.

Symptômes. Diagnostic. — La tumeur n'est généralement reconnue que lorsqu'elle atteint le volume d'un grain de raisin ou d'une noix. C'est alors une tuméfaction placée à la partie moyenne et antérieure du testicule, régulièrement arrondie ou ovoïde, tendue,

fluctuante et translucide. Elle est nettement distincte du testicule, qui est placé au-dessous et en avant; elle lui est adhérente et se meut avec lui. Les malades croient avoir deux testicules superposés. Quand la tumeur s'accroît de volume, elle peut devenir douloureuse. En outre, ses rapports avec le testicule deviennent moins facilement appréciables et la confusion est souvent faite avec une hydrocèle vaginale. L'erreur n'est reconnue que par l'aspect du liquide ramené par la ponction.

Le pronostic est bénin.

Traitement. — Le traitement ne diffère pas de celui de l'hydrocèle. La guérison survient quelquefois après une seule ponction évacuatrice.

SPERMATOCÈLE.

La spermatocele est un engorgement douloureux du testicule dû à la rétention du sperme dans les canaux de l'épididyme et du testicule. Elle est probablement due à un obstacle siégeant en un point sur le trajet des voies spermatisques.

L'affection peut être intermittente et se montrer sous forme d'une tumeur très douloureuse se produisant au moment du coït ou par le simple attouchement des bourses (Curling), ou apparaître chez un sujet continent huit ou dix fois par an, pendant trois à quatre jours à chaque fois (Bottura, *Thèse de Montpellier*, 1857).

AFFECTIONS DU CORDON SPERMATIQUE.

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU CORDON.

Les *plaies* accidentelles du cordon produites par instruments tranchants, le plus souvent dans des tentatives de mutilation volontaire chez des aliénés, ou par les armes à feu, ne sont remarquables que par l'hémorragie abondante dont elles s'accompagnent. Le sang s'infiltre plus ou moins loin (*hématocele funiculaire*). Le testicule peut s'atrophier à la suite de la section des vaisseaux et des nerfs; il peut perdre ses connexions avec la vésicule séminale par la blessure du canal déférent.

Les *contusions* s'accompagnent également d'une infiltration sanguine favorisée par l'existence antérieure d'un varicocèle. Le sang s'infiltre ou se collecte dans le tissu cellulaire du cordon, au-dessous de la tunique fibreuse (*hématocele par infiltration et hématocele par épanchement*), jusqu'au-dessus du testicule, qui peut se trouver refoulé et englobé par la masse, et en haut dans le trajet inguinal.

Une ecchymose et une tumeur allongée en forme de boudin sont les signes caractéristiques de cet épanchement.

II

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DU CORDON.

L'inflammation isolée du cordon est une affection très rare.

On distingue une inflammation spontanée ou *funiculite séreuse* et une *funiculite phlegmoneuse* consécutive aux traumatismes et aux opérations pratiquées sur le cordon.

La *funiculite séreuse* ou *hydrocèle aiguë du cordon* se montrerait

BIBLIOTECA
MUSEO DI ANI