

face des bosselures plus ou moins considérables. On comprend combien le diagnostic est difficile. Le traitement est essentiellement antiphlogistique ; lorsque l'hématocèle testiculaire est compliquée d'une plaie des bourses, et que la substance testiculaire fait hernie, il faut se conduire comme nous l'avons dit à l'article *Blessures du testicule* (p. 961).

ARTICLE III.

Kystes du testicule.

Les kystes du testicule ont été étudiés par Liston, Curling et Gosselin. Ce dernier les a divisés en deux groupes d'après leur volume : de petits kystes et de grands kystes. Au point de vue pratique cette distinction mérite d'être conservée ; car si les petits kystes réclament rarement l'intervention de l'art, il n'en est pas de même des grands kystes qui peuvent nécessiter une opération analogue à celle de l'hydrocèle.

1° **PETITS KYSTES DU TESTICULE.** Ils se rencontrent le plus souvent sur la face convexe et sur l'extrémité libre de la tête de l'épididyme, parfois sur le milieu ou près de la queue de l'épididyme, ou bien encore sur le milieu de la face inférieure de l'organe, sur l'appendice testiculaire, enfin au niveau du testicule et sur la tunique albuginée. Gosselin n'en a jamais trouvé dans l'épaisseur même de la substance de l'épididyme, c'est donc dans le tissu cellulaire sous séreux que ces kystes prennent leur origine. On en rencontre un seul ou plusieurs ; tantôt ils sont sessiles et à base large, tantôt ils sont pourvus d'un pédicule mince et grêle. Ils sont limités par une membrane d'enveloppe qui n'est interrompue nulle part, qui est de nature fibro-celluleuse et contient souvent de petits vaisseaux ramifiés dans son épaisseur. Le contenu du kyste est un liquide transparent ou jaunâtre, quelquefois consistant, trouble et opalin. Gosselin n'y a jamais rencontré de *spermatozoïdes*, mais Curling avance le contraire ; c'est donc un sujet qui demande de nouvelles recherches. Dans tous les cas, la marche de ces kystes est très-lente ; quelquefois, après avoir acquis un certain développement, ils se rompent et le contenu tombe dans la cavité de la tunique vaginale ; ou bien plusieurs kystes s'accroissent au point de donner lieu à la formation d'une tumeur que l'on peut alors, avec Curling, désigner sous le nom d'*hydrocèle enkystée de l'épididyme*.

2° **GRANDS KYSTES DU TESTICULE.** Ces kystes se développent entre la tête de l'épididyme et le testicule, sous la membrane séreuse ; on pourrait avec Curling les appeler *hydrocèle enkystée de la tunique vaginale*. Leurs connexions avec l'épididyme sont plus intimes qu'avec le testicule. C'est surtout dans ces kystes qu'on a rencontré des *spermatozoïdes* en quantité plus ou moins considérable, d'où le nom d'*hydrocèle spermatique*. Liston a le premier signalé, dès l'année 1843, cette particularité qui a beaucoup préoccupé les pathologistes. Comment se rendre compte en effet de l'existence de ces animalcules dans un kyste du testicule ? C'est ce que les recherches de Curling, Luschka, Gosselin ont bien établi. Ainsi les deux premiers observa-

teurs ont constaté, sur des pièces pathologiques, une communication entre l'un des tubes de l'épididyme et le kyste ; d'où issue du sperme dans le sac de l'hydrocèle. Gosselin n'ayant pu de son côté trouver une communication entre le kyste et les voies séminifères, admet une rupture des vaisseaux séminifères ou des conduits efférents, un épanchement de sperme dans le tissu cellulaire ambiant, puis la formation d'une membrane accidentelle, l'enkystement du produit, et finalement l'oblitération des canaux rompus. En résumé l'*hydrocèle spermatique* reconnaîtrait toujours pour point de départ la rupture d'un vaisseau efférent et ultérieurement l'épanchement du sperme soit dans un kyste déjà formé (Curling), soit dans le tissu cellulaire qui s'organise en kyste autour du liquide (Gosselin) ; ce travail une fois accompli, la rupture du vaisseau séminifère peut persister ou s'oblitérer.

L'hydrocèle enkystée du testicule est caractérisée au début par une bosselure placée à la partie antérieure et moyenne du scrotum, arrondie, sans changement de couleur de la peau, fluctuante et parfaitement transparente, distincte d'ailleurs du testicule et placée immédiatement au-dessus de cet organe. Une ponction avec un trocart pratiquée dans le kyste laisse écouler un liquide trouble, opalin, renfermant le plus souvent des spermatozoaires. Ces caractères ne sont pas tellement absolus, qu'on ne puisse confondre la maladie avec d'autres genres d'hydrocèle, notamment avec l'hydrocèle enkystée du cordon qui se développe quelquefois à la partie inférieure de cet organe. Une ponction exploratrice permettra le plus souvent de lever toute difficulté ; si le liquide retiré par le trocart renferme des spermatozoïdes, on peut être assuré qu'il s'agit d'une hydrocèle enkystée du testicule.

Le traitement des grands kystes du testicule est le même que celui de l'hydrocèle vaginale : ponction avec trocart et injection irritante de vin ou de teinture d'iode. S'il existait un certain nombre de kystes, il serait préférable d'en vider le contenu par une incision pratiquée sur la paroi la plus superficielle, et d'introduire dans la plaie des boulettes de charpie pour obtenir une oblitération des kystes par suppuration.

ARTICLE IV.

Maladie kystique du testicule.

Cette affection, très-bien décrite par A. Cooper et Curling, consiste en une transformation du testicule en kystes composés ou prolifères.

Anatomie pathologique. La substance du testicule est criblée d'un nombre plus ou moins considérable de kystes de volume variable, depuis un grain de millet jusqu'à un œuf de pigeon. Ces kystes renferment tantôt un liquide transparent et légèrement coloré, tantôt un fluide épais, visqueux et albumineux, tantôt enfin des caillots. Ils sont enchâtonnés dans un tissu cellulo-fibreux ou fibreux plus ou moins dense ; une matière plastique fibrineuse leur est interposée. On voit souvent naître de la paroi des

kystes des végétations polypiformes ou lobulées, ayant une structure celluleuse et recouvertes d'un épithélium cylindrique. On rencontre aussi souvent de petites masses d'enchondrôme mêlées aux kystes. Au début, la substance testiculaire se trouve refoulée vers la périphérie de la masse morbide; plus tard le tissu glandulaire disparaît complètement.

Cette affection est le plus souvent de nature bénigne, c'est-à-dire qu'elle ne récidive pas après l'ablation du testicule.

Symptômes. La maladie se développe lentement, sans douleur. Elle se présente sous la forme d'une tumeur ovale, élastique, indolente, à surface lisse et unie, quelquefois irrégulière, accompagnée parfois d'une fluctuation qui est due à la présence d'une petite quantité de liquide dans la tunique vaginale. La tumeur peut acquérir un volume considérable. Curling en mentionne une qui avait 15 centimètres de long sur 9 de large; Hancock en a enlevé une qui pesait 2180 grammes.

Causes. Diagnostic. C'est à la période moyenne de la vie que la tumeur se développe généralement; une contusion du testicule en est quelquefois la cause déterminante. On peut la confondre avec l'hydrocèle, l'hématocèle et le cancer encéphaloïde du testicule. Elle diffère de l'hydrocèle par le défaut de transparence, le poids spécifique plus considérable, l'absence de douleur éternelle réveillée par la compression dans le point qu'occupe le testicule dans l'hydrocèle. C'est surtout en ayant égard à ce dernier caractère qu'on la différencie de l'hématocèle. La ressemblance entre la maladie kystique du testicule et le cancer encéphaloïde de l'organe est très-grande; mais, dans la première de ces deux maladies, le cordon spermatique et les ganglions lombaires ne subissent pas d'altération. Dans tous les cas qui peuvent embarrasser le chirurgien, on fait une ponction exploratrice qui ne donne issue qu'à une petite quantité de sérosité teinte de sang lorsqu'il s'agit de l'affection kystique.

Traitement. Le seul applicable est l'ablation du testicule, c'est-à-dire la castration.

ARTICLE V.

Fongus bénins du testicule.

L'affection que nous avons à décrire sous ce nom a été signalée d'une manière vague par Callisen, J.-L. Petit, Swédiaur, Brandi; elle a été beaucoup mieux étudiée par A. Cooper, Lawrence, puis par Curling qui l'a rattachée à l'histoire de l'orchite chronique; Jarjavay en a donné, il y a quelques années, une description très-complète.

Assurément l'expression de *fongus bénin* n'offre pas toute la rigueur désirable, en ce sens qu'elle ne donne qu'une idée imparfaite de la nature de la maladie qui consiste en une *excroissance de bonne nature végétant ou se développant sur la glande séminale*. Il serait peut-être plus convenable de l'appeler *hernie de la substance testiculaire à travers la tunique albuginée*.

Causes et mécanisme. Le fongus bénin du testicule ne peut se former qu'à la faveur d'une ulcération de la tunique albuginée, à travers la-

quelle se fait jour la substance spermatique. Or cette ulcération, fort rare du reste en raison de l'épaisseur de la tunique fibreuse testiculaire, peut être la conséquence d'une orchite aiguë ou chronique, d'une simple contusion des bourses, de tubercules développés dans le testicule.

Anatomie pathologique. La tumeur qui forme le fongus se continue directement avec la substance testiculaire à travers une perte de substance de la tunique albuginée; elle offre un volume qui varie depuis une noisette jusqu'à un gros œuf; elle a une forme sphérique; ovoïde ou bilobée; son aspect général est celui d'une mûre, à la surface, où elle présente en effet des granulations plus ou moins saillantes. Elle est de couleur rouge-pâle, quelquefois blanchâtre, rouge-brun ou même noirâtre; la consistance en est toujours très-ferme. En soulevant la tumeur et le testicule à une coupe verticale d'avant en arrière, on reconnaît que le fongus se continue avec la substance du testicule par un pédicule plus ou moins large, et que le testicule lui-même est diminué de volume, réduit parfois à un petit noyau.

Si l'on cherche à apprécier la structure du fongus, on reconnaît qu'il offre un tissu jaunâtre, compacte et sillonné par des vaisseaux; cette coloration est due à la présence d'une substance jaune particulière; au milieu de la masse morbide se trouvent des vaisseaux séminifères en plus ou moins grande quantité, des artères, des veines, et une certaine quantité de tissu cellulaire et fibro-plastique. Le fongus paraît être formé par une couche corticale très-dure et par un noyau plus foncé en couleur; les filaments spermatiques manquent dans la couche corticale et ne se rencontrent que dans le noyau.

La tunique albuginée ne présente aucune altération, si ce n'est une perte de substance dans les points où le fongus se continue avec la substance du testicule; sur les limites mêmes de la perte de substance, il existe un épaississement de la membrane fibreuse qui est un peu renversée en dehors. Les deux feuillets de la tunique vaginale et les autres enveloppes des bourses sont en général unis par des adhérences molles et filamenteuses.

Symptômes. Marche. Avant que la tumeur se développe, les malades accusent quelques symptômes généralement rapportés à l'inflammation chronique du testicule: douleurs vagues dans le scrotum, augmentation dans le volume de l'organe. Après un certain temps, le testicule présente des bosselures, et bientôt il arrive un moment où l'on sent, à travers les enveloppes des bourses, une tumeur qui adhère au testicule et fait corps avec lui. Les téguments qui recouvrent la tumeur s'amincissent et finissent par s'ulcérer; par cette ouverture de la peau s'échappe le fongus qui, ne trouvant pas d'obstacle à son développement, se présente alors sous la forme d'une tumeur hémisphérique superposée au scrotum, indolente à la pression ou du moins ne donnant d'autre sensation que celle qui est propre à la compression du testicule, c'est-à-dire une douleur éternelle; de couleur rouge-pâle; d'un volume variable, etc. (voy. *Anatomie pathologique*).

L'affection est-elle abandonnée à elle-même, la tumeur tend à augmenter de volume; Lawrence admet la possibilité d'une guérison spontanée.

Diagnostic. Le fongus bénin du testicule a été surtout confondu avec