

C'est par un traitement antisiphilitique local et général qu'on triomphe de cette maladie. A l'intérieur, il faut administrer l'iodure de potassium à doses croissantes de 0^{re},50, 1, 2, 3 et même 4 grammes par jour. Si le sujet est vierge de tout traitement antisiphilitique, on associe l'iodure de potassium au proto-iodure de mercure ou au sublimé. On pratique sur les bourses des onctions, matin et soir, soit avec l'onguent mercuriel, soit avec une pommade à l'iodure de potassium. Les emplâtres de savon, de ciguë ou de Vigo, appliquées sur les bourses, hâtent la guérison de la maladie.

ARTICLE VIII.

Cancer du testicule.

Le cancer du testicule, ou *sarcocèle cancéreuse*, doit être distingué du cancer du *scrotum* dont il sera question plus loin.

Anatomie pathologique. Le cancer du testicule est formé au début de tissu *squarrrheux* ou de tissu *encéphaloïde* (Roux), plus souvent par ce dernier. On y trouve parfois une matière d'apparence tuberculeuse que Lebert a désignée sous le nom de *phymatoïde* et que cet anatomo-pathologiste considère comme du tissu cancéreux ayant subi une transformation granuleuse et grasseuse. D'autres fois la substance du cancer est du tissu colloïde, ou bien encore du tissu fibro-plastique. Il est indubitable, d'après les observations de Roux, Stanley, Cruveilhier, que le tissu mélanique s'y rencontre quelquefois. A une période plus avancée, la masse morbide ramollie présente un nombre plus ou moins considérable de foyers hémorragiques qui donnent à la tumeur un aspect spécial désigné sous le nom de *sarcome médullaire* par quelques pathologistes; ou bien elle est tellement abreuvée de sang, qu'elle forme un tissu spongieux, aréolaire, mollassé, analogue au tissu de la rate ou des corps caverneux: c'est le *fungus hématode* de quelques auteurs. C'est alors aussi qu'on rencontre des engorgements sur le trajet ou dans l'épaisseur du cordon spermatique; des ganglions plus ou moins profondément altérés dans la fosse iliaque, sur les côtés de la colonne vertébrale et même dans le mésentère.

D'après les recherches de Lebert, le cancer débute toujours par le corps du testicule; les canaux séminifères s'entourent de suc cancéreux avant que cette substance se dépose dans leur cavité.

Causes. C'est le plus souvent à la période moyenne de la vie que se montre cette redoutable affection. Il n'est pas très-rare cependant de la voir apparaître dans les premières années. Ainsi W. Blizard l'a rencontrée chez un enfant âgé de deux ans et demi; H. Earle chez un enfant d'un an, et Langstaff chez un enfant de dix mois. On a prétendu que le cancer du testicule est toujours unilatéral et on en a fait un caractère pathognomonique de la maladie; cette règle souffre des exceptions; ainsi Denonvilliers a rapporté l'observation d'un malade, que j'ai vu moi-même à l'hôpital Saint-Louis, et chez lequel les deux testicules étaient envahis à la fois. Tous les tempéraments, toutes les professions sont exposés au cancer qui se

développe quelquefois après une contusion, un froissement exercé sur les bourses, mais qui n'en reconnaît pas moins une cause inconnue dans son essence que l'on désigne sous le nom de *diathèse cancéreuse*.

Symptômes. L'affection débute par une augmentation graduelle dans le volume du testicule qui devient plus pesant et présente, au palper, un engorgement d'abord partiel, puis général. Auprès d'un certain temps, la tumeur se ramollit et le malade y ressent des élancements. La peau du scrotum contracte des adhérences avec le testicule et les veines sous-cutanées se dilatent. Le cordon spermatique s'engorge et devient plus dur. La tumeur elle-même augmente de volume et contracte des adhérences avec les corps caverneux de la verge et avec l'urètre. Plus tard encore, la peau des bourses rougit et s'ulcère; cette ulcération fait des progrès incessants et donne parfois issue à un champignon qui verse spontanément une quantité de sang plus ou moins abondante. Alors aussi les ganglions inguinaux s'engorgent; il survient une altération dans la santé générale du sujet; l'appétit se perd, la peau du visage prend une teinte jaune-paille, les membres inférieurs s'infiltrant en même temps que l'amaigrissement fait chaque jour du progrès. Finalement le malade succombe en présentant tous les phénomènes de la cachexie cancéreuse.

Quelques-uns des symptômes que nous venons d'énumérer offrent des variétés qui demandent à être signalées. La tumeur présente en général le volume du poing, rarement celui d'une tête de fœtus à terme; dans quelques cas, le testicule semble au contraire revenu sur lui-même, et cette variété de cancer que l'on pourrait appeler *atropique*, est très-grave d'après Boyer. La forme de la tumeur est ovoïde ou sphérique, régulière à la surface ou bosselée; la consistance en est très-ferme quelquefois, mais le plus souvent, et à mesure qu'on s'éloigne de l'époque du début, le testicule se ramollit tellement, que la pression de l'organe avec les doigts révèle la sensation d'une fausse fluctuation; ajoutez que l'existence simultanée d'une petite quantité de liquide dans la tunique vaginale facilite beaucoup la perception de cette sensation trompeuse.

Marche. Terminaisons. Le cancer du testicule tend incessamment à faire des progrès, à produire l'ulcération des enveloppes des bourses, et conduit fatalement le malade à la mort. Le développement d'une inflammation aiguë dans la masse morbide, qu'on observe quelquefois, hâte cette terminaison funeste.

Diagnostic. La sensation de fausse fluctuation que donne la tumeur en a imposé plus d'une fois pour une hématocele; mais la marche du *sarcocèle cancéreux* est beaucoup plus rapide; l'influence fâcheuse de la maladie sur l'organisme, la tendance à l'ulcération, mettent sur la voie du diagnostic. Toutefois une *ponction exploratrice* avec un trocart est quelquefois nécessaire. L'*orchite chronique* diffère du *sarcocèle cancéreux* par sa marche lente, la consistance uniforme de la tumeur, l'absence de douleur. Le *sarcocèle tuberculeux* est caractérisé par des nodosités dures de l'épididyme, la coexistence de tubercules dans le cordon spermatique, les vésicules séminales et même la prostate.

Pronostic. Traitement. Le cancer du testicule est une affection des plus graves; l'extirpation de la tumeur, seule ressource de la chirurgie en pareil cas, est bientôt suivie d'une récidive.

La *castration* est donc le seul mode de traitement applicable. La section du cordon spermatique préconisée par Pouteau, ou bien encore la ligature des artères spermatiques conseillée par Harvey et Maunoir sont des opérations tout à fait infidèles.

L'ablation du testicule est contre-indiquée quand il existe un engorgement de la portion intra-inguinale du cordon spermatique, et à plus forte raison quand les ganglions lymphatiques de l'abdomen sont tuméfiés. L'opération s'exécute de la manière suivante: une incision est pratiquée aux téguments du scrotum, depuis quelques centimètres au-dessus de l'anneau inguinal jusqu'à la partie la plus déclive de la tumeur; en disséquant les deux lèvres de la plaie, on isole la tumeur de toutes parts. Reste à faire la section du cordon spermatique et la ligature des vaisseaux; deux procédés ont été mis en usage: quelques chirurgiens, dans le but de hâter l'opération, ont fait la ligature *en masse*, ce qui expose le malade à une violente inflammation des organes abdominaux, à des mouvements convulsifs et surtout à l'hémorragie, la ligature se relâchant par la section prématurée de quelques-uns des éléments du cordon. La plupart des chirurgiens, à l'exemple de Pelletan, Cheselden, Pouteau, préfèrent lier isolément chacune des artères du cordon spermatique. Lorsque cet organe est fortement tendu et engorgé, la section faite en une seule fois est suivie d'une rétraction qui rend difficile la recherche des vaisseaux; il est préférable alors de diviser le cordon couche par couche et de lier les artères à mesure qu'elles sont divisées par le bistouri. Reynaud (de Toulon) a conseillé d'introduire le bistouri à plat entre le canal déférent et les tissus qui sont situés *au-devant* de lui, de les diviser d'arrière en avant, et de pratiquer immédiatement après la ligature de l'artère spermatique. Par un procédé analogue, on divise ensuite les parties restées en *arrière* du canal déférent et on pratique la ligature du rameau fourni par l'artère épigastrique. Toute hémorragie ayant cessé, on divise le canal déférent lui-même.

Après l'opération, on peut tenter une réunion des lèvres de la plaie; la cicatrisation par première intention s'obtient quelquefois.

ARTICLE IX.

De quelques autres tumeurs du testicule.

1° Le testicule présente quelquefois une simple augmentation de volume sans changement dans la consistance ou la forme de la glande. C'est une véritable *hypertrophie*, qui ne s'accompagne d'aucune douleur, d'aucun trouble dans les fonctions de l'organe. Velpeau dit avoir observé, surtout chez des Américains, cette affection qui ne réclame d'ailleurs aucun traitement spécial.

2° Chez les sujets qui vivent dans la continence, le testicule et l'épidi-

dyme s'engorgent, parce que la matière spermatique s'accumule dans les filaments de l'organe. Il en résulte un gonflement de l'épididyme et du testicule, accompagné de petites bosselures et d'une sensation de pesanteur incommode. Cette affection que l'on pourrait désigner sous le nom de *spermatocèle* disparaît rapidement sous l'influence de rapports sexuels modérés, d'un régime végétal et de l'application sur les bourses de cataplasmes émollients et légèrement narcotiques.

3° Le testicule offre deux espèces de tumeurs *fibreuses*; l'une consiste dans la production d'une véritable tumeur fibreuse de nouvelle formation; Marjolin en a rapporté un exemple; l'autre est une transformation fibreuse des éléments de la glande. Nous en avons consigné un cas fort remarquable dans les *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*.

4° L'*enchondrôme* a été rencontré dans le testicule, soit à titre de lésion coïncidant avec le cancer ou la maladie kystique, soit à titre de lésion spéciale. Paget a rapporté un cas d'enchondrôme à la fois du testicule et du cordon spermatique; chez le même sujet il existait des masses cartilagineuses dans le poulmon.

5° Les *kystes acéphalocystes* du testicule sont tellement rares, qu'A. Cooper déclare n'en avoir jamais rencontré sur le vivant. Il ajoute qu'un de ses préparateurs lui en a montré un exemple sur le cadavre; la tumeur occupait l'épididyme.

6° Des *débris de fœtus* ont été trouvés dans le testicule et dans les bourses, par Velpeau, Guersant et par quelques autres chirurgiens dont Verneuil a réuni les observations.

7° Une des tumeurs les plus remarquables est celle que Vidal a vue, et désignée en raison de sa nature sous le nom de *galactocèle*. Il s'agissait bien en effet dans ce cas d'un épanchement de *lait* dans la tunique vaginale; la tumeur était double, c'est-à-dire qu'elle occupait l'une et l'autre tuniques vaginales. Une ponction pratiquée par Vidal donna issue, de chaque côté, à environ 300 grammes de liquide dont l'analyse faite par Grassi fournit tous les caractères chimiques du lait véritable.

ARTICLE X.

De quelques tumeurs du scrotum.

1° L'*elephantiasis* du scrotum est une affection très-rare dans nos climats. Il donne lieu à des tumeurs qui atteignent parfois un volume énorme; on en a vu qui pesaient 50 kilogrammes (Larrey), 52 kilogrammes (Clot-Bey) et même 90 kilogrammes (Curling). Ces tumeurs sont formées par une hypertrophie des tissus des bourses; l'épiderme est épaissi, le derme induré et hypertrophié; le tissu cellulaire sous-scrotal est transformé en une masse cellulo-fibreuse infiltrée d'un liquide épais, albumineux et gélatiniforme; les crémasters sont épaissis; la tunique vaginale renferme souvent une certaine quantité de liquide, et au milieu de cette masse les testicules demeurent ordinairement dans un état d'intégrité remarquable.