

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 poumon.

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.

L'ablation de la tumeur est la seule ressource que possède la chirurgie contre cette affection. Cette opération a été couronnée de succès dans plusieurs cas, notamment dans les faits observés par Delonnes, Liston, Delpech, Titley, Clot-Bey, etc. Quelques malades sont morts d'hémorragie pendant l'opération ou peu d'heures après. Il importe donc de procéder avec rapidité à l'ablation de la masse morbide; aussi est-il préférable de ne pas essayer de conserver les testicules quand la tumeur est très-volumineuse, cette modification au procédé opératoire nécessitant toujours une dissection longue et minutieuse.

2° Des tumeurs *adipeuses* se développent rarement dans le tissu cellulaire des bourses; celles qu'on rencontre dans ce point proviennent pour la plupart du cordon spermatique.

3° Il n'en est pas de même des tumeurs *fibreuses* qui prennent bien leur point de départ entre les tuniques des bourses et qui atteignent quelquefois un volume énorme. On en a vu du poids de 11 kilogrammes; l'excision en est le seul mode de traitement.

4° Le cancer du scrotum se présente presque toujours sous la forme de cancer *épithélial*. La maladie décrite par P. Pott sous le nom de cancer des *ramoneurs*, n'est pas autre chose qu'un cancer épithélial (Curling, Robin). Cette affection que l'on rencontre plus souvent en Angleterre que dans les autres contrées de l'Europe, reconnaît pour causes le contact de la suie sur le scrotum, chez les gens qui sont exposés par leur profession à monter dans les cheminées pour en faire le ramonage. Elle se développe cependant quelquefois chez des individus autres que des ramoneurs, et d'après les observations d'Earle, elle est parfois héréditaire. Elle se présente sous la forme d'un ulcère superficiel, douloureux, à bords durs et dentelés, situé à la partie inférieure du scrotum. Cet ulcère s'étend de proche en proche, et finit par détruire les diverses couches des bourses en se propageant ainsi jusqu'au testicule. Le traitement ne diffère pas de celui du cancer épithélial de toute autre région du corps; il faut emporter la partie malade par l'excision, ou la détruire avec des caustiques.

ARTICLE XI.

Du varicocèle.

Le varicocèle est la dilatation variqueuse des veines des bourses, du cordon spermatique et du testicule. Quelques pathologistes ont plus spécialement réservé le nom de *varicocèle* à la dilatation des veines du scrotum et celui de *circocèle* à la dilatation des veines du cordon et du testicule.

Anatomie pathologique. Les veines spermatiques sont non-seulement dilatées, mais encore allongées et par cela même plus flexueuses; on en trouve un plus grand nombre qu'à l'état normal, ce qui est dû à la dilatation des veinules capillaires. Les tuniques de ces vaisseaux sont épaissies. Les veines dilatées se prolongent d'une part au-dessous du testicule, et de

l'autre remontent jusque dans le canal inguinal. Le testicule est généralement atrophié quand le varicocèle est volumineux.

Causes. Il en est de prédisposantes et d'efficientes. Aux premières se rattachent la position déclive des veines spermatiques, leur longueur, la faiblesse des parois et l'absence de valvules propres à soutenir la colonne sanguine, la compression exercée sur les veines par les anneaux inguinaux. Le varicocèle est une affection tellement fréquente, qu'au rapport de Curling les conseils de recrutement, en Angleterre et en Irlande, refusent 7 pour 100 de jeunes gens atteints de cette infirmité. Il est d'observation que le varicocèle est beaucoup plus fréquent à gauche qu'à droite, ce qu'on explique *anatomiquement* par les raisons suivantes: la veine spermatique gauche s'abouche à angle droit avec la veine rénale; la droite se jette dans la veine-cave inférieure sous un angle aigu très-prononcé; la circulation veineuse est donc plus difficile dans la première que dans la seconde. En second lieu, la veine spermatique gauche, d'après l'observation de Callisen, est en rapport avec l'S iliaque du côlon; les matières fécales qui s'accumulent dans cette portion du gros intestin doivent, par la compression qu'elles exercent sur la veine spermatique, y ralentir le cours du sang. On signale comme causes efficientes l'abus des plaisirs vénériens, l'équitation, la danse, la marche forcée, la compression exercée sur les veines du cordon par des hernies inguinales ou d'autres tumeurs.

Symptômes. Au début, les malades éprouvent dans le testicule une sensation de pesanteur qui s'étend jusqu'à l'aîne et dans la région lombaire, des tiraillements dans le cordon spermatique; en même temps les bourses sont molles et pendantes. Plus tard, la marche devient tellement fatigante, qu'elle est impossible sans l'usage d'un suspensoir. Des douleurs sourdes se font ressentir vers les reins et jusqu'au milieu du dos, quelquefois même dans l'épaule (Vidal). Landouzy a signalé dans le varicocèle une augmentation de la sécrétion cutanée et une démangeaison du scrotum. Si on examine la racine des bourses, on trouve une tumeur molle, nonense, qui s'étend du bout supérieur du testicule jusqu'à l'anneau inguinal; cette tumeur est beaucoup plus volumineuse dans la station debout et à plus forte raison quand le malade a marché, que lorsqu'il est resté dans une position horizontale; plus volumineuse par les temps chauds que par une température basse. Les veines sous-scrotales participent quelquefois au développement des veines du cordon.

Diagnostic. Il est facile de reconnaître le varicocèle; c'est avec la hernie inguinale épiploïque que la tumeur a le plus de ressemblance. En cas de doute, réduisez la tumeur, le sujet étant dans la position debout, et appliquez ensuite un doigt sur l'anneau inguinal. Si c'est une hernie, la tumeur ne se reproduit pas; si c'est un varicocèle, la tumeur se montre de nouveau, parce que le sang continue à distendre les veines à mesure qu'il afflue dans ces vaisseaux.

Pronostic. Le varicocèle léger est une affection qui mérite à peine l'attention. Il n'en est pas de même du varicocèle volumineux: celui-ci peut produire une influence fâcheuse sur les fonctions du testicule qui finit par