

quides enkystées qui ont été décrites sous le nom d'hydrocèle enkystée par A. COOPER, sous celui de grands kystes par GOSSELIN.

Ces grands kystes ont leur origine sur la face inférieure de la tête de l'épididyme qu'ils refoulent en haut; d'après GOSSELIN, ils ne naissent jamais à la surface du testicule même. Tantôt il y a une seule cavité, tantôt plusieurs se sont accolées de façon à former une masse multiloculaire. Leur paroi mince, résistante, fibro-celluleuse comme celle des petits kystes, est tapissée à la face interne par de l'épithélium (PAGET). Ils contiennent de la sérosité citrine ou un liquide opalin, renfermant une grande quantité de spermatozoïdes, d'où la division de ces tumeurs en kystes séreux et spermatiques.

Deux opinions ont été émises pour expliquer la formation de ces kystes : LISTON, MACÉ, GIRALDÈS, NÉLATON, VIRCHOW pensent que le point de départ de ces tumeurs est dans les petits conduits, débris du corps de Wolff que l'on retrouve normalement autour de l'épididyme. CURLING admet qu'il existe d'abord un kyste séreux, puis, que dans sa cavité s'ouvre un conduit séminifère. GOSSELIN a modifié cette manière de voir : d'après lui, un des vaisseaux afférents se rompt, laissant échapper une petite quantité de sperme; ce liquide s'enkysterait ensuite par la formation, aux dépens du tissu conjonctif, d'une poche dont la face interne fournit de la sérosité.

L'accroissement de ces kystes est des plus insidieux, c'est généralement par hasard et alors que la production a déjà acquis un certain volume, que le malade s'aperçoit de sa présence. A la palpation on sent une tumeur arrondie, dure, rénitente, translucide, distante du testicule qui est situé au-dessous et en avant. En se développant, cette collection aplatit l'épididyme et déjette latéralement le testicule; parfois le malade accuse une sensation de pesanteur, des tiraillements, des douleurs. Le diagnostic n'offre pas de difficulté; la maladie pourrait être confondue avec une hydrocèle de la vaginale, or la thérapeutique étant la même dans les deux cas, l'erreur n'aurait aucune conséquence fâcheuse.

Au point de vue du pronostic, les grands kystes n'ont aucune gravité; si cependant ils acquièrent un volume considérable, la compression qu'ils exercent sur l'épididyme est capable de déterminer la disparition des vaisseaux afférents, par suite la suppression de l'excrétion du sperme. Pour éviter cet inconvénient et remédier à la difformité, le chirurgien fera le plus vite possible la ponction de la tumeur; si le liquide se reproduisait, on aurait recours à l'injection iodée.

7° NÉVRALGIE DU TESTICULE (IRRITABLE TESTIS)

Les auteurs anglais décrivent deux variétés d'affection nerveuse du testicule : le testicule irritable et la névralgie. Ainsi que le fait remarquer GOSSELIN, de ce que la douleur continue dans un cas revient par accès dans l'autre, on ne saurait conclure à l'existence de deux entités morbides distinctes.

Cette maladie se développe de préférence à l'époque de la puberté, elle succède d'ordinaire aux contusions et inflammations de la glande; la masturbation, les excès de coït et la continence trop absolue ont été regardés auss

comme causes de la névralgie du testicule, on l'a signalée encore parmi les complications du varicocèle.

Les malades éprouvent des souffrances vives et prolongées qui, partant du scrotum, se propagent à la région hypogastrique, au périnée, à la racine des cuisses; les crises s'accompagnent parfois de nausées, de vomissements, et simulent à s'y méprendre les crises de coliques néphrétiques. Vaincus par la douleur, les patients ne savent quelle position prendre, et pendant toute la durée de l'attaque le scrotum se contracte et le testicule remonte au niveau de l'anneau inguinal.

Contre l'élément douleur, les diverses préparations opiacées ont été successivement employées, soit en applications locales, soit en injections sous-cutanées. Dans certains cas ces agents restent impuissants et les malades réclament instamment la castration; NÉLATON conseille de ne jamais céder à ces sollicitations, car tôt ou tard la névralgie finit par céder; de plus, après semblable opération on a vu les douleurs reparaitre du côté opposé.

8° VICES DE CONFORMATION DU TESTICULE

Bibliographie. — GOSSELIN, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1851. — FOLLIN, *Arch. gén. de méd.*, 1851. — GODARD, *Monorchidie et cryptorchidie*, Paris, 1857. — *Recherches tératologiques sur l'appareil séminal*, Paris, 1860. — SZIMANOWSKY, *Der Inguinal Testikel*. *Pragel. Vierteljahrschrift*, 1868, Bd II. — TRÉLAT et PEYROT, art. CRYPTORCHIDIE du *Dict. encycl.*, t. XXIV (Bibliogr.).

Thèses de Paris. — 1851, LECOMTE. — 1869, LE DENTU (Agrég.). — 1877, DREYFUS. — 1879, CHAMBAT.

Les anomalies du testicule portent sur le volume, le nombre et la situation de cet organe.

1° *Hypertrophie.* — Anomalie très rare, se présentant spécialement lorsqu'un des organes est absent, atrophié ou arrêté dans sa migration.

2° *Atrophie.* — Au moment de la puberté, les glandes au lieu de subir leur développement normal, conservent le volume qu'elles avaient pendant la première enfance; le testicule ne dépasse pas la grosseur d'une noisette, la verge est petite, le scrotum peu développé. Cet état habituel aux testicules arrêtés dans leur migration existe aussi lorsque les organes sont descendus dans les bourses; d'après HUTINEL, il faudrait voir dans ces arrêts de développement une manifestation de la syphilis héréditaire.

3° *Testicules surnuméraires. Polyorchidie.* — On a rapporté nombre d'observations d'individus ayant plusieurs testicules; le seul exemple certain de cette anomalie est celui relaté par GÉRARD BLASIS qui, à l'autopsie d'un sujet, trouva du côté droit deux testicules ayant chacun une artère et une veine spéciales.

4° *Absence d'un ou des deux testicules. Anorchidie.* — Ce genre d'anomalie est particulièrement difficile à constater sur le vivant, car le testicule peut être resté inclus dans l'abdomen, GRUBER a réuni tous les faits de ce genre démontrés par l'autopsie, ils sont au nombre de trente et un (31); vingt-trois

(23) anorchidies simples ou unilatérales, huit (8) anorchidies bilatérales. Dans cette dernière variété le pénis est presque toujours atrophié.

5° *Arrêts dans la migration. Ectopie.* — Suivant le point où le testicule s'arrête, l'ectopie est dite inguinale, abdominale, cruro-scrotale, périnéale et crurale. L'ectopie inguinale paraît de toutes la plus fréquente, la glande s'arrête à l'orifice profond, dans le canal ou à l'orifice superficiel; de là trois variétés d'ectopie: inguinale interne, interstitielle et inguinale externe. Ces deux dernières anomalies s'accompagnent communément de hernies.

Il est d'ordinaire facile de reconnaître ce vice de conformation; la vacuité du scrotum, la présence dans une des régions précitées d'une tumeur ovoïde, plus ou moins volumineuse, sensible à la pression, suffiront à établir le diagnostic. Les recherches deviennent plus difficiles quand les organes enfermés dans la cavité abdominale sont inaccessibles à la palpation; il faut alors tenir grand compte de l'état général du sujet et des fonctions génitales, qui restent à peu près normales dans l'ectopie double, tandis qu'elles disparaissent dans l'anorchidie double. La situation du testicule étant déterminée, le chirurgien examinera s'il n'existe pas de hernie concomitante, et s'assurera des conditions anatomiques dans lesquelles se trouve le testicule, de sa mobilité, de sa réductibilité, etc.

Dans quelques circonstances, le testicule en ectopie devient le siège de phénomènes douloureux à forme névralgique, dont la persistance force les patients à réclamer la castration. Sous l'influence de causes banales, ces organes sont aussi susceptibles de s'enflammer; dans l'ectopie inguinale la glande étant comprimée contre les parois du canal, on voit se produire un cortège de symptômes qui rappellent ceux de l'étranglement herniaire.

Lorsqu'il n'existe pas de hernie concomitante, il est indiqué de s'abstenir de toute manœuvre, de toute application de bandage; la présence d'une hernie constitue une infirmité des plus gênantes, autant que possible on doit tenter de faire rentrer dans l'abdomen le testicule et les organes herniés, le tout serait ensuite maintenu par un bandage; dans le cas contraire, il vaut mieux laisser les viscères en liberté, car la compression exercée sur le cordon par un bandage amènerait la compression de l'artère spermatique et consécutivement l'atrophie du testicule. Si les douleurs que nous avons signalées étaient trop intenses, la castration deviendrait une nécessité.

6° *Inversion.* — Au lieu d'occuper sa position habituelle dans la tunique vaginale, le testicule peut changer de place; cette anomalie prend le nom d'inversion. Suivant la situation de l'épididyme, l'inversion est dite antérieure, latérale, supérieure ou horizontale, en anse ou en fronde. Ces anomalies ont un certain intérêt au point de vue du diagnostic des tumeurs du testicule; si, par exemple, il se développe une hydrocèle alors que le testicule est en inversion antérieure, le liquide s'accumulera en arrière de la glande séminale, qui sera fatalement embrochée si l'on ponctionne à la façon ordinaire.

§ 5. — Affections du cordon spermatique et des vésicules séminales

1° HYDROCÈLES DU CORDON SPERMATIQUE

Les auteurs décrivent deux variétés d'hydrocèle du cordon spermatique: l'hydrocèle par infiltration et l'hydrocèle enkystée.

A. — HYDROCÈLE PAR INFILTRATION

Étudiée par POTT, GARENGEOT, SCARPA, MALGAIGNE, « cette maladie n'est autre chose qu'un œdème, c'est-à-dire une infiltration de liquide aqueux dans le tissu cellulaire du cordon spermatique, infiltration circonscrite par la gaine qui recouvre le muscle crémaster » (CURLING).

Quand l'infiltration est ancienne, les cellules de la partie inférieure de cette gaine finissent par s'érailler et disparaître, il existe alors une cavité unique dans la partie déclive de laquelle s'accumule une sérosité limpide et claire, quelquefois jaunâtre, rarement gélatineuse.

Symptômes. — Au début, le cordon augmenté de volume conserve sa forme cylindrique; à une période plus avancée, il devient pyramidal, surtout quand le malade est debout; la tuméfaction s'arrête à l'anneau inguinal, dont les dimensions ne sont pas modifiées. Au contraire, l'anneau est élargi si l'infiltration remonte jusque dans la fosse iliaque; testicule et épидидyme restent toujours distincts et libres au-dessous de la tumeur. Cette variété d'hydrocèle, absolument indolore, détermine une gêne légère accompagnée de pesanteur; la palpation donne la sensation d'un corps mollasse et spongieux comparable à l'épiplocèle.

Diagnostic. — Dans quelques cas où la tumeur se prolongeait jusque dans le canal, elle a pu être confondue avec une épiplocèle; la forme pyramidale de la masse et au besoin la ponction exploratrice suffiront à éviter l'erreur.

Pronostic. Traitement. — L'hydrocèle diffuse du cordon constitue une lésion des plus bénignes; si cependant elle devenait gênante, nous ne verrions aucun inconvénient à en débarrasser le malade à l'aide d'une incision antiseptique.

B. — HYDROCÈLE ENKYSTÉE DU CORDON

Étiologie. — L'hydrocèle enkystée du cordon spermatique serait attribuable à une oblitération partielle ou incomplète du prolongement péritonéal qui accompagne le testicule au moment de sa descente. « Si en effet l'oblitération n'a pas eu lieu sur certains points, un certain nombre de poches persistent le long du cordon, et, si un épanchement de liquide se fait dans une de ces cavités, il en résulte une hydrocèle enkystée » (CURLING).

Anatomie pathologique. — Ces tumeurs siègent d'ordinaire plus près de l'anneau inguinal que du testicule, parfois elles se trouvent moitié dans le canal, moitié en dehors; elles sont constituées par une poche que recouvrent

la gaine du cordon et le crémaster; cette poche, dont l'épaisseur augmente avec le temps, renferme un liquide transparent ou citrin. Il n'est pas exceptionnel de rencontrer deux, trois, même un plus grand nombre de ces kystes sur le trajet du cordon.

Symptômes. — Se développant insensiblement, ne s'accompagnant d'aucune gêne, d'aucune douleur, ces hydrocèles n'attirent l'attention de ceux qui en sont porteurs qu'après avoir atteint un volume appréciable. On constate alors l'existence d'une masse ovoïde, lisse, tendue, transparente lorsqu'elle a acquis un volume suffisant. La fluctuation est habituellement peu manifeste à cause de la distension des parois du kyste.

Diagnostic. — Reconnaître une hydrocèle enkystée n'est pas toujours chose simple; on peut confondre ces tumeurs avec les hydrocèles développées dans un sac herniaire déshabité, avec une hernie ou avec un néoplasme placé sur le trajet du cordon. Les commémoratifs sont d'un grand secours en pareille occurrence; néanmoins on sera dans certains cas contraint de recourir à la ponction exploratrice.

Pronostic. Traitement. — L'hydrocèle enkystée du cordon ne présente aucune gravité; chez les jeunes enfants, même, la maladie disparaît spontanément. Les diverses méthodes de traitement de l'hydrocèle vaginale étant applicables contre ces petites tumeurs, c'est à la ponction suivie d'injection iodée que nous donnerions la préférence.

2° VARICOCÈLE

Bibliographie. — DAVAT, *Arch. gén. de méd.*, 1833, 1^{re} série, t. II. — BRESCHET, *Gaz. méd.*, 1834. — LANDOUZY, *Journ. des connaissances médico-chir.*, 1838, t. VII. — A. VIDAL, *Ann. de la chir. franç. et étrangère*, 1844, t. XII. — HÉLOT, *Arch. gén. de méd.*, 1844, 4^e série, t. VI. — MELCHIOR ROBERT, *Exposition du procédé de RICORD*, in *Revue de chir.*, 1847. — SISTACH, *Gaz. méd.*, 1863. — MAISONNEUVE, *Bull. de therap.*, 1866. — RIGAUT, *Soc. de chir.*, 1875. — GAUJOT, *Acad. de méd.*, 1878. — ANNANDALE, *Brit. Med. Journ.*, 1879. — FISCHER, *Schmidt's Jahrbücher*, 1881. — BARKER, *The Lancet*, 1881. — BENNING, *eod. loc.*, 1882. — HACHE (Procédé de GUYON), *Ann. des maladies des organes génito-urinaires*, 1884. — NICAISE, *Revue de chir.*, 1884. — HORTELOUP, *Acad. de méd.*, 1885. — RICHELOT, *Union méd.*, 1885. Thèses de Paris. — 1830, GAGNEBÉ. — 1846, GARCIA DE LA TORRE. — 1848, MALGAIGNE (Concours). — 1850, LITZICA, LETORSAY, HERVIER. — 1851, JOSEPH. — 1854, GAULTIER DU PAIRRAY. — 1855, HACQUE. — 1856, JANVIER, BUREAU, CODET. — 1857, POUZET. — 1858, ROYER. — 1859, GUILMINOT. — 1864, PÉRIER. — 1866, CARRÉ, WIART, BARBE. — 1867, TRANDAFIRESCO. — 1869, DELAGENESTE. — 1873, LAGARDÈRE. — 1875, DOUMENGE. — 1876, GÉNIN. — 1877, R. PERCEPIED. — 1879, VAUTIER. — 1880, BERNARD. — 1883-1884, VINCENT.

On désigne sous le nom de varicocèle la dilatation variqueuse des veines du cordon spermatique.

Siège. — Le varicocèle se montre d'habitude de quinze à vingt cinq ans, il est notablement plus commun à gauche qu'à droite. Sur trois mille neuf cent onze

(3911) recrus refusées pour cause de varicocèle en Angleterre et en Irlande. pendant une période de dix ans, CURLING a trouvé que le côté droit était atteint deux cent quatre-vingt-deux (282) fois, le gauche trois mille trois cent soixante (3360) fois, les deux côtés deux cent soixante-neuf (269) fois; cette prédominance du varicocèle à gauche a été l'objet de nombreuses recherches.

J.-L. PETIT invoquait la pression exercée sur les veines spermatiques par les matières accumulées dans l'S iliaque. MORGAGNI, A. COOPER ont accusé la disposition de la veine spermatique gauche, qui se jette à angle droit dans la veine émulgente, LANDOUZY fait intervenir l'absence de valvules dans les veines du testicule gauche, et PRUNAIRE le volume plus grand de cet organe.

Étiologie. — Outre les causes ordinaires mises en avant pour expliquer la production des varices en général, on a fait appel aux circonstances locales. Les inflammations du cordon, du testicule, la pression exercée par un bandage mal appliqué, par les hernies et les tumeurs abdominales nous semblent avoir ici une certaine importance. Plusieurs observations tendraient à montrer l'influence de l'hérédité. Nous ne reviendrons pas sur les lésions des veines variqueuses, cette étude ayant été présentée à propos des varices.

Symptômes. — Pendant les premières périodes de son développement, le varicocèle passe fréquemment inaperçu; cette indolence n'est cependant pas une règle absolue, car nombre de malades se plaignent de véritables crises névralgiques fort douloureuses. Arrivé à la période d'état, le varicocèle se montre sous la forme d'une masse molle donnant au doigt la sensation d'un paquet de ficelle mouillée; cette tumeur diminue par le froid, le repos, et augmente par la chaleur et la position verticale. Dans les cas graves et de longue date, les veines du scrotum sont elles-mêmes dilatées et flexueuses. La gêne et la douleur occasionnées par le varicocèle varient suivant les individus: tel sujet atteint d'un varicocèle volumineux se livre aux exercices les plus violents sans aucun inconvénient; tel autre avec une tumeur peu considérable accuse des souffrances atroces et réclame impérieusement un remède à ses maux. Le varicocèle qui siège du côté droit se développe moins, devient moins gênant et a des suites moins graves que celui du côté gauche. Si le porteur d'un varicocèle ne prend pas de précautions, la tumeur augmente insensiblement et finit par acquérir des proportions énormes: on l'a vue descendre jusqu'à la partie moyenne de la cuisse et offrir les dimensions d'une tête de fœtus à terme (NÉLATON); par contre, l'usage continu d'un suspensoir bien fait suffit à enrayer les progrès du mal. Chez les vieillards le varicocèle serait susceptible de diminuer, même de disparaître.

Diagnostic. — Il nous paraît difficile d'hésiter sur le diagnostic d'un varicocèle; toutefois quelques épiplocèles pourraient donner le change à un observateur inexpérimenté. CURLING conseille alors de réduire la tumeur, le malade étant couché; cela fait, on appuie doucement les doigts sur l'anneau inguinal, pendant que le patient se lève: « Si l'on a affaire à un varicocèle, la tumeur reparaît bientôt; si c'est une hernie la pression sur l'anneau empêche de sortir l'épiploon. En outre, au moment où la tumeur se reproduit, elle marche de bas en haut dans le cas de varicocèle, et de haut en bas dans celui de hernie épiploïque » (CURLING).