

guinale ; le canal déférent est perdu au milieu de veines nombreuses, grosses, à parois épaisses ; le calibre des artères du cordon devient plus grand ; la spermatique atteint les dimensions d'une radiale et ses pulsations deviennent perceptibles. Lorsqu'on sentira les battements artériels en palpant le cordon, on devra plutôt incliner vers le diagnostic de tumeur.

L'examen des ganglions lymphatiques s'impose ensuite. Les ganglions iliaques et lombaires, auxquels aboutissent les lymphatiques du testicule, sont pris de bonne heure. Augmentés de volume et dégénérés, ils constituent des masses morbides comprimant tous les organes du voisinage. Ces tumeurs ganglionnaires abdominales peuvent prendre un développement rapide et les dimensions qu'elles atteignent ne sont nullement en rapport avec l'étendue du néoplasme primitif. « Il peut même arriver, disent MONOD et TERRILLON, que la lésion du testicule demeure absolument à l'arrière-plan. Très petite en apparence, elle passe presque inaperçue sur le vivant ; cependant une tumeur abdominale énorme lui correspond. »

Quant aux ganglions inguinaux, ils demeurent indemnes, tant que le scrotum n'est pas ulcéré. Broca a montré qu'ils peuvent être infectés par voie rétrograde et envahis par le processus néoplasique.

Signes fonctionnels. — La sensibilité testiculaire est subjective ou objective. La sensibilité subjective n'est presque jamais très développée ; le carcinome du testicule est rarement douloureux et sa présence ne détermine que de la gêne, une sensation de tiraillement et de pesanteur, plus accentuée après une station debout prolongée et s'il s'agit d'une tumeur volumineuse. Il n'existe de véritables douleurs que lorsqu'un traumatisme froisse ou enflamme la glande malade. Dans ce cas, les douleurs peuvent être vives ; elles prennent le caractère des névralgies et s'irradient dans les lombes et les membres inférieurs.

Le carcinome est indolent au palper, sauf meurtrissure ou infection localisée ; la sensibilité objective fait donc complètement défaut. Le malade, dont le testicule est dégénéré, ne

ressent plus cette sensation exquise, par laquelle, à la pression, l'organe révèle sa présence. CURLING a insisté sur ce fait que la sensibilité naturelle de la glande a disparu ; c'est un bon élément de diagnostic.

Les fonctions génitales s'accomplissent normalement quand le néoplasme est partiel ou unilatéral. Plus tard, elles sont très altérées ; les dimensions exagérées d'une tumeur unilatérale et la réduction de la verge rendent le coït impraticable.

Signes généraux. — Pendant longtemps, le porteur d'un carcinome du testicule offre toutes les apparences de la santé ; du jour où le néoplasme se propage et se généralise, le tableau change. L'œdème des membres inférieurs, l'ascite par compression de la veine cave, des phénomènes de paraplégie par envahissement des corps vertébraux et compression de la moelle (BRODIE, CRUVEILHIER, KOCHER, QUINCKE) donnent à l'affection, quand ils existent, une allure particulière. Le malade devint un vulgaire cancéreux ; les hémorragies et les infections secondaires du néoplasme ulcéré augmentent la cachexie et hâtent le dénouement.

Marche. — Le carcinome, suivant PAGET, dure de 28 mois à 3 ans. La première année correspond au stade du début ; le malade ignore son mal ou ne s'en inquiète pas. La seconde année correspond au stade de l'affection confirmée : la tuméfaction des bourses et les douleurs, s'il y en a, poussent le sujet vers le médecin. La troisième année correspond au stade d'ulcération, de généralisation et de cachexie.

Exceptionnellement, le carcinome évolue rapidement ou par poussées.

Pronostic. — Il est fatal.

La castration, même précoce, donne-t-elle aux opérés une survie appréciable ?

Quatre ans de survie, dans certaines observations de BARRING ; cinq, neuf, douze et quinze ans, dans le relevé de CURLING ; douze ans, dans un cas de PAGET ; quatorze ans, dans un autre de BAUM ; dix-neuf ans, dans celui de CONFÉVRON ; GUYON, WINIWARTER, VOLKMANN, POINSOT, JALAGUIER, KOCHER,

citent des faits analogues (deux, quatre, huit, dix ans de survie opératoire). C'est contestable ou exceptionnel.

En règle générale, les malades meurent six ou huit mois après l'opération ; si la tumeur avait été respectée, ils eussent vécu peut-être aussi longtemps.

Le pronostic du carcinome, abandonné à lui-même ou enlevé, est fatal.

C. VARIÉTÉS ANATOMO-CLINIQUES DU CARCINOME. — 1^o *L'encéphaloïde*. — L'encéphaloïde reconnaît souvent un traumatisme à son origine ; il évolue rapidement et peut atteindre des dimensions considérables. Il est mou, inégal, bosselé. Le scrotum présente des arborisations variqueuses très développées et contracte des adhérences avec la tumeur sous-jacente. La cavité vaginale ne contient pas de liquide ; ses feuilletts sont le plus souvent accolés par symphyse ; quelquefois, elle est cloisonnée. Le mal brûle ses étapes ; l'ulcération, la propagation, la généralisation, la cachexie ne tardent guère. Durée : une année.

2^o *Le squirrhe*. — C'est un testicule hypertrophié légèrement et irrégulièrement. Le squirrhe est dur, comme rétracté ; la peau ne glisse pas sur les parties sous-jacentes ; le cordon est rarement indemne (CURLING). C'est une affection analogue au cancer atrophique de la mamelle. Cette variété se rencontre surtout chez les vieillards ; l'évolution est plus lente que celle des autres tumeurs ; ce qui n'empêche pas les dégénérescences ganglionnaires précoces et les tumeurs abdominales volumineuses. Durée : de deux (COOPER) à 8 ans (DOLBEAU).

3^o *Le carcinome combiné* (tumeur mixte).

4^o *Le carcinome dégénéré* (dégénérescences graisseuse, colloïde, calcaire, kystique).

« Ce qui constitue le caractère le plus important de la consistance de ces tumeurs (mixtes ou dégénérées), c'est que celle-ci varie non seulement suivant que l'on a affaire à telle ou telle tumeur, mais encore suivant que l'on examine les différentes parties constituantes de la tumeur. C'est ainsi que certains points sont mous, d'autres sont fluctuants, d'autres sont absolument durs. Ces différences de consistance sont en

rapport avec les diverses variétés de tissus contenus dans ces tumeurs » (Duplay).

Dans ces formes, « la marche peut être relativement lente pendant des mois, parfois pendant un an ou plus ; puis une poussée presque subite survient, qui double ou triple, en quelques semaines, le volume de la tumeur. Parfois, à une poussée aiguë succède une période de calme, qui est elle-même suivie d'une poussée nouvelle. La tumeur progresse ainsi, par étapes successives, jusqu'à acquérir des dimensions énormes. »

En somme, au point de vue de la durée d'évolution et du degré de la malignité, les carcinomes combinés ou dégénérés se placent entre l'encéphaloïde et le squirrhe.

5^o *Carcinome d'un testicule ectopique*. — Il s'observe souvent vers la trentième année ou au-dessous. Il est le plus souvent inguinal (42 cas dans le relevé de MONOD et TERRILLON), mais il peut être abdominal (obs. JOHNSON, MATHIEU, PICQUÉ, JABOULAY).

Voici l'observation résumée d'un épithélioma testiculaire en ectopie abdominale (JABOULAY et KÆPPELIN) :

Homme de 40 ans, cultivateur. Mère morte de cancer de l'estomac. En janvier 1899, douleurs lombaires, sourdes, intermittentes ; en février, petite tumeur de la grosseur d'un œuf, siégeant dans la fosse iliaque droite ; douleurs tenaces à irradiations lombaires, inguinales, crurales, pelviennes. A l'inspection, ventre déformé. Par la palpation, on arrive sur une tumeur qui n'est pas exactement située sur la ligne médiane, mais semble plus développée du côté de la fosse iliaque droite. Elle remonte presque jusqu'à l'ombilic. Forme ovoïde, consistance dure, surface lisse et unie, matité à la percussion, adhérence à la paroi abdominale. Bien au-dessus de la tumeur, sous le bord du foie, on éprouve, en déprimant fortement la paroi, une sensation d'empatement profond qu'il semble logique de rattacher à un engorgement ganglionnaire. Rien de particulier dans les divers appareils. Certain degré de cachexie.

Côté droit des bourses inhabité. Donc : cancer du testicule droit ectopique.

Intervention : 28 septembre. Tumeur grosse comme deux poings, très adhérente et vasculaire, « réniforme, encapsulée, lisse à sa surface, de coloration blanchâtre, de consistance rénitente, homo-

gène à la coupe qui offre l'aspect macroscopique des encéphaloïdes. Accolée à elle, une seconde masse, plus petite, qui est l'épididyme dégénéré. — Epithélioma testiculaire d'une assez grande malignité (PAVIOT)¹.

4° Diagnostic des néoplasmes du testicule. — Je ferai le diagnostic *différentiel*, puis le diagnostic de la *nature* des néoplasmes du testicule.

A. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Éliminons tout d'abord les *hernies* sonores, réductibles avec gargouillement, lesquelles ne seront jamais confondues avec un néoplasme testiculaire.

Les *tumeurs du scrotum* sont indépendantes de la glande génitale ; dans le cancer du testicule, le scrotum est aminci, vascularisé, mais il est sain et glisse facilement sur la masse sous-jacente. Toutefois, bien que le cas soit rare, le cancer du testicule peut succéder à un cancer du scrotum se propageant vers la profondeur.

Les *affections du cordon*, telles que *kystes*, *lipomes*, *varicocèle*, seront facilement distinguées. S'il s'agit d'une infiltration néoplasique, le point de départ sera cherché au niveau du testicule, avec lequel le cordon est en continuité directe.

Les *hydrocèles* enkystées ou non, à paroi mince, à contenu transparent, et les *kystes spermatisques*, qui, dans leur évolution, réalisent la tumeur en brioche et renferment un liquide contenant des spermatozoïdes, ne présentent pas, ordinairement, de grandes difficultés diagnostiques. Cependant, s'il existe un épanchement dans la tunique vaginale, on devra s'enquérir avec soin de sa cause productrice ; il peut

1. Je viens d'observer un cas analogue chez un homme, âgé de 40 ans, qui, trois mois avant son entrée à l'hôpital, avait subi la castration pour cancer du testicule droit ectopique (en ectopie inguinale). La tumeur abdominale, considérable, remplissait la fosse ilio-lombaire du côté droit et se trouvait accolée à la vessie. Le malade se cachectisa rapidement, en présentant les phénomènes habituels de compression vasculaire (œdème des membres inférieurs, de la paroi abdominale, ascite), et il succomba moins de quatre mois après son arrivée dans le service.

s'agir d'une hydrocèle *symptomatique* d'un processus néoplasique.

Le *kyste hydatique* se rencontre exceptionnellement au niveau du testicule. Les *kystes par inclusion fœtale* (Verneuil, 1855) se reconnaissent à leur origine congénitale, à leur développement consécutif à un traumatisme, à leur contenu dermoïde, à leur caractère bénin, non infectant.

Les affections *inflammatoires* du testicule, de l'épididyme et de la *vaginale* ne vous retiendront pas longtemps. Un néoplasme est bien plus gros qu'une orchite-épididymite, il n'existe aucune réaction locale et l'indolence est habituelle. Les commémoratifs fourniront de précieux renseignements.

Le diagnostic d'un néoplasme du testicule avec la *tuberculose* est en général facile. Dans certains cas, les noyaux tuberculeux déterminent une véritable orchite-épididymite, le doute n'est pas possible. Dans les cas ordinaires, lorsque l'affection évolue sans réaction douloureuse, du moins au début, des noyaux et des indurations caractéristiques apparaissent au niveau de l'épididyme, du canal déférent, de la prostate et des vésicules. Et puis, l'affection marche toujours vers la suppuration. Cependant, le diagnostic peut présenter quelque difficulté, par exemple, chez les vieillards, qui font une tuberculose à évolution lente, à suppuration tardive ; GOSSELIN a insisté sur ces caractères particuliers. Les accidents aigus et les phénomènes inflammatoires qui surviennent ordinairement à un moment donné tireront le médecin d'embarras.

Le diagnostic des petites tumeurs de la glande génitale avec la *syphilis* est parfois plus délicat. L'organe est frappé indépendamment des autres parties de l'appareil. Le testicule syphilitique se reconnaît aux caractères suivants : forme en galet, consistance ligneuse, parfois bilatéralité des lésions, existence d'un léger épanchement vaginal ; surface testiculaire, chagrinée, recouverte de nodosités ou d'indurations donnant au palper la sensation de grains de plomb ou de plaques de blindage disséminées dans l'albuginée, marche particulière de l'affection et efficacité du traitement spécifique. C'est avec les *vaginalites chroniques*, surtout avec l'héma-

tocèle proprement dite, que le diagnostic présente parfois de sérieuses difficultés. Ce diagnostic a été longuement exposé au chapitre des hématoécèles. Pour le compléter, je tiens à rapporter ici les pages suivantes de DUPLAY. « Il est, en effet, des vaginalites chroniques à paroi d'une épaisseur considérable (2 à 3 centimètres parfois), contenant soit de la sérosité, soit du sang plus ou moins modifié, englobant le testicule dans leurs stratifications et simulant à s'y méprendre une tumeur solide. Qu'il s'agisse par leur contenu d'une hydrocèle ou d'une hématoécèle, ce qui caractérise cette variété de tumeur, c'est la grande épaisseur des parois de la poche ; aussi vaut-il mieux les réunir sous la dénomination de vaginalite chronique. Comme les tumeurs du testicule, ces vaginalites donnent lieu à une tuméfaction indépendante des tuniques scrotales, en relation directe de continuité avec le cordon, englobant le testicule qu'il est souvent très difficile de retrouver, présentant le même défaut de transparence, la même absence de fluctuation, au moins dans la plus grande partie de son étendue.....

La vaginalite chronique ou hématoécèle se présente sous forme d'une tumeur ellipsoïde ou piriforme, pouvant remonter jusque dans le canal inguinal comme l'hydrocèle en bissac de DUPUYTREN, mais le plus souvent s'arrêtant à quelque distance de l'orifice externe. Parfois elle est étranglée comme dans l'hydrocèle bilobée. Quelle que soit sa forme, sa surface est habituellement lisse, régulière, uniforme : dans quelques cas cependant, on y remarque une ou plusieurs bosselures, qui dépendent de l'amincissement de la paroi ; mais alors, signe important, ces bosselures sont franchement fluctuantes.

Les tumeurs du testicule présentent souvent cette même régularité de forme et de surface, comme vous pouvez l'observer chez notre malade, mais, dans beaucoup de cas, elles sont inégales, lobées, lobulées, et si parfois la consistance de ces bosselures diffère de celle du reste de la tumeur, jamais cependant elles ne présentent de fluctuation vraie.

Dans la vaginalite chronique comme dans la tumeur du testicule, les enveloppes scrotales, du moins à la période où la

confusion est possible, sont saines et glissent sur la tuméfaction sous-jacente ; cependant, il est fréquent, dans le cas de tumeur, d'observer une vascularisation spéciale, un développement anormal des veines sous-cutanées. Si, comme cela existe quelquefois, les enveloppes des bourses adhèrent à la tuméfaction sous-jacente, dans la vaginalite, ces adhérences se sont développées à la suite d'inflammation aiguë ou subaiguë qui se sera manifestée par de la douleur plus ou moins vive, avec une réaction locale accusée par le malade.

Tout autre est le développement d'adhérences, à une période plus avancée des tumeurs ; il se fait sans douleur, sans inflammation, sans réaction locale. D'autre part, l'induration des tuniques est toute différente de l'épaississement inflammatoire survenu au cours de la vaginalite.

L'étude de la consistance est des plus importantes. Bien que la vaginalite chronique puisse être considérée comme une tumeur liquide, la fluctuation vraie y est des plus rares, à cause de l'épaisseur et de la dureté de la paroi. La fluctuation n'existe qu'au niveau des bosselures, en cas d'amincissement de cette paroi ; partout ailleurs, la tumeur est régulièrement dure, parfois même d'une dureté comparable à celle des fibromes de l'utérus.

Dans les tumeurs, la consistance est extrêmement variable. Certaines renferment des kystes ou des épanchements interstitiels, sont rénitentes et franchement fluctuantes ; d'autres sont pseudo-fluctuantes ; d'autres enfin sont extrêmement dures. Mais ce qui constitue le caractère le plus important de la consistance des tumeurs, c'est que celle-ci varie non seulement suivant que l'on a affaire à telle ou telle tumeur, mais encore suivant que l'on examine les différentes parties constituantes de la même tumeur. C'est ainsi que certains points sont mous, d'autres sont fluctuants, d'autres absolument durs. Ces différences de consistance sont en rapport avec les différentes variétés de tissus contenus dans ces tumeurs, qui, pour la plupart, sont des tumeurs mixtes.

Les rapports qu'affectent la tuméfaction avec le testicule sont essentiellement différents suivant qu'il s'agit d'une

tumeur ou d'une vaginalite chronique. Dans cette dernière, le testicule est aplati, atrophié, perdu dans l'épaisseur de la paroi; cependant, par une recherche attentive, pratiquée surtout dans le point qu'occupe d'ordinaire la glande séminale dans l'hydrocèle ou l'hématocèle, c'est-à-dire en bas et en arrière, plus rarement en bas et en avant, on percevra une consistance un peu plus molle et la pression déterminera une sensibilité spéciale.

Dans la tumeur, au contraire, les recherches les plus attentives ne permettent pas de retrouver le testicule qui a complètement disparu, confondu avec la masse néoplasique.

Le cordon ne présente, dans la vaginalite chronique, aucune particularité; il vient se perdre sur la tuméfaction; mais on peut le retrouver, au-dessus d'elle, absolument sain.

Dans la tumeur, au contraire, il arrive assez fréquemment que le cordon soit augmenté de volume, comme infiltré de tissu néoplasique.

Il est encore un signe qui manque souvent, mais qui, lorsqu'il existe, présente une assez grande valeur pour le diagnostic. A l'état sain et dans le cas de vaginalite, il est impossible de percevoir les pulsations de l'artère spermatique; dans certains cas de tumeurs, ainsi que j'ai pu l'observer, cette artère acquiert parfois un volume assez considérable pour que ses battements deviennent perceptibles.

Dans les cas de tumeurs du testicule, qui, pour la plupart, ainsi que nous le verrons, sont des tumeurs malignes, l'examen des ganglions lymphatiques est de la plus haute importance. Très rapidement, en effet, les ganglions iliaques et lombaires sont augmentés de volume et dégénérés, formant quelquefois des masses et un volume disproportionné avec celui de la tumeur. Dans la vaginalite chronique, les engorgements ganglionnaires ne s'observent jamais.

La sensibilité n'existe pas en général beaucoup plus développée dans l'hématocèle que dans la tumeur. L'indolence peut être absolument complète. Dans certains cas, cependant, l'une et l'autre peuvent déterminer des phénomènes douloureux plus ou moins accentués; mais, tandis que dans l'héma-

tocèle, les douleurs s'observent au moment des poussées inflammatoires et s'accompagnent de signes de réaction locale en même temps que d'une augmentation rapide de la tuméfaction, dans la tumeur les douleurs sont d'origine névralgique et surviennent sans aucune autre manifestation locale.

L'état général peut être satisfaisant dans les deux affections; du moins à une certaine période. Mais, tandis que dans la vaginalite chronique, cet état reste bon pendant un temps indéfini, dans la tumeur il ne tarde pas à s'altérer: les forces diminuent, le malade maigrit, perd l'appétit, son teint prend une pâleur spéciale; tout indique une affection retentissant gravement sur la santé.

Il y a peu de renseignements à tirer des conditions dans lesquelles s'est développée la tuméfaction. Les antécédents héréditaires sont de nulle importance, même pour la tumeur; si l'hématocèle peut survenir à tout âge, il en est de même pour les tumeurs du testicule qui, bien qu'elles apparaissent de préférence à l'âge moyen de la vie, ne laissent pas que de s'observer aussi chez de jeunes sujets. Les traumatismes ont été souvent indiqués au début de la vaginalite chronique; mais, ils ont été signalés également comme causes du développement des tumeurs.

Bien que la marche des deux affections puisse être la même, augmentation continue avec accroissement subit à un moment donné, il faut noter cependant que la marche par poussées est plutôt le fait de la vaginalite chronique; il importe, en outre, de remarquer que ces poussées s'accompagnent de réaction inflammatoire. La tumeur peut également prendre tout d'un coup un accroissement rapide par formation, dans sa masse, de kystes, d'épanchements sanguins; cependant, il est plus habituel de lui voir subir une augmentation régulière progressive, et, s'il en est parfois différemment, contrairement à ce que l'on observe dans l'hématocèle, l'accroissement brusque de la tuméfaction se fait sans phénomènes douloureux, sans réaction...

On pourrait supposer que, dans les cas incertains, la ponction serait de nature à lever tous les doutes. Il n'en est rien;

parfois même, elle serait susceptible de fournir de fausses indications. C'est ainsi que, dans certaines vaginalites, la ponction ne donne aucun résultat ou n'évacue que quelques gouttes de liquide, soit parce que les parois sont très épaisses et que le trocart n'a pu les traverser complètement, soit parce que la quantité de liquide est très peu considérable, soit enfin parce qu'un caillot ou un corps étranger quelconque est venu oblitérer la canule, en sorte que l'on conclut qu'il s'agit d'une tumeur.

Par contre, dans certaines tumeurs renfermant des kystes ou des collections sanguines, le trocart peut évacuer de la sérosité, du sang ou un liquide séro-sanguinolent en quantité suffisante pour faire croire à l'existence d'une vaginalite chronique.

Aussi, dans bien des cas, ce sera seulement, en fendant la tumeur, que l'on parviendra à savoir à quelle affection l'on a affaire. »

B. DIAGNOSTIC DE LA NATURE DU NÉOPLASME. — Voici un néoplasme du testicule, quelle en est la nature ?

Deux méthodes s'offrent à nous, dans la discussion et la détermination du cas pathologique observé : une méthode clinique et une méthode anatomique.

1^o Méthode clinique.

1^o Le *carcinome* se reconnaît aux caractères que j'ai décrits plus haut ; j'ai pris cette variété comme type de description ;

2^o Le *sarcome* emprunte au *carcinome* bon nombre de ses caractères ; il se combine même à ce dernier dans bien des cas. Le diagnostic du sarcome sera le plus souvent très délicat, particulièrement dans les formes mixtes ou dégénérées.

Ce néoplasme apparaît de préférence chez les jeunes sujets et débute à la façon d'une orchite-épididymite. Dans l'observation de MONOD et TERRILLON « il s'agissait d'un homme de trente-deux ans qui, à la suite d'une contusion légère, vit son

testicule gauche devenir douloureux, augmenter de volume et présenter tous les caractères d'une orchite aiguë, avec phénomènes généraux assez sérieux. Au bout de six semaines, le volume ayant augmenté au point d'atteindre celui du poing et les caractères du cancer aigu n'étant pas douteux, on procéda à la castration. Il s'agissait d'un sarcome à petites cellules ayant débuté dans le voisinage du corps d'Highmore, s'infiltrant, pour ainsi dire, entre les tubes testiculaires et les étouffant ». Origine traumatique, apparence d'orchite aiguë, tumeur uni ou bilatérale, à surface lisse, à consistance ferme, uniforme, à marche rapide (cancer aigu), sans dégénérescence ganglionnaire cliniquement appréciable ; récurrence précoce, généralement à distance ; voilà le tableau clinique d'un sarcome simple.

Le *cysto-sarcome* est inégal, bosselé, avec une consistance variable suivant les différentes parties de sa surface. Le *fibrosarcome* est petit, consistant, mais il est moins dur que le squirrhe. Le *myxo-sarcome* est volumineux, mollaçse, gélatineux. Le sarcome *névroglitique* et le sarcome *métanique* ne méritent que d'être signalés ;

3^o L'*enchondrome* se développe chez des individus de trente à quarante ans. La tumeur est rarement pure ; il est plus fréquent de trouver, dans des néoplasmes à forme mixte, des noyaux de cartilage. Il n'existe qu'un signe pathognomonique de cette affection : c'est la sensation de dureté particulière, partielle ou totale, qu'éprouve la main qui palpe et presse le néoplasme. Cette sensation peut se retrouver, à un moindre degré, dans le squirrhe, le fibro-sarcome, le fibrome et le fibro-myome.

À côté de parties extrêmement dures, le doigt peut apprécier des ilots mollaçses ; l'*enchondrome* est atteint de dégénérescence kystique ; dans ce cas, le diagnostic est difficile à établir entre cette variété dégénérée et une tumeur mixte.

On décrit trois périodes dans l'évolution d'un *enchondrome* : une première période correspond à une marche lente, la tumeur est simplement gênante, elle n'est pas douloureuse, cet état peut durer de six mois à quatre ans (VERNEUIL). Dans

une seconde période, spontanément ou par traumatisme, le néoplasme se développe rapidement; en différents points, il dégénère. Enfin la troisième période est celle de la généralisation.

Parmi les observations d'enchondrome publiées jusqu'à ce jour (J. MULLER, DAUVÉ, GYUUX, ADAM, MARION, BERNARD, POIN-SOT, Th. ANGER, VERNEUIL, RICHER, KOCHER, MONOD, TERRIL-LON, etc...), je ne veux retenir que celle de Paget qui est la plus intéressante. « Un homme de trente-sept ans fut admis à l'hôpital Saint-Barthélemy, pour une tumeur volumineuse du testicule droit et du cordon spermatique. Cette tumeur fut enlevée; le malade se rétablit; mais il revint à l'hôpital au bout de trois semaines, très affaibli et tourmenté par une dyspnée extrême. La tumeur fut enlevée... De la cicatrice de l'opération partaient deux lymphatiques dilatés, remplis de productions semblables à celles du cordon spermatique et montant vers une tumeur, grosse comme un œuf de poule; cette tumeur adhérait intimement à la veine cave inférieure, dans la cavité de laquelle pénétrait même un prolongement cartilagineux provenant de la masse principale. De tous les organes, les poumons étaient les seuls qui fussent malades; tous deux étaient augmentés de volume par le développement dans leur parenchyme de masses cartilagineuses tellement abondantes, qu'ils pesaient 5 650 grammes..., on peut estimer qu'aux dépens des germes émanés de la petite tumeur saillante dans la veine cave inférieure, — s'il est permis de donner le nom de germes à des produits matériels, quelle qu'en soit la forme, — quatre kilogrammes et demi de cartilage se sont développés en moins de trois mois » (CURLING).

4° *Le lymphadénome*. — Voici un homme vigoureux, qui porte deux testicules inégalement hypertrophiés; il n'est pas incommodé: quelque tiraillement, quelque gêne, après une longue marche, lorsqu'il a oublié son suspensoir. Les glandes tuméfiées ne sont pas très volumineuses; ce sont de gros testicules, offrant au palper la forme, la surface et la consistance normales. L'épididyme paraît sain. L'affection a commencé depuis bien longtemps déjà, depuis quatre ou huit

années; mais, en ces derniers mois, le développement semble plus rapide; le malade, légèrement inquiet, songe enfin à se faire examiner. Vous êtes, médecin, bien perplexe; cependant le sujet ne vous a pas tout dit. Explorez les téguments, observez le front de l'individu qui est devant vous; et, souvent, vous constaterez la présence de grosseurs sous-cutanées, multiples, petites, mobiles et indolentes. Souvenez-vous des paroles de Trélat: « Vous êtes en présence d'un malade vigoureux qui vous consulte pour une tumeur bien circonscrite, et si, par hasard, vous lui trouvez, sur un autre point du corps, quelque autre petite grosseur, vous apprenez qu'elle n'a ni histoire, ni manifestation; le malade ne s'en doute pas; elle ne lui fait ni mal ni gêne, et elle est si petite! Quelque obscur petit lipome sans doute! Vous passez outre et votre diagnostic est perdu. » Ce malade est atteint de *lymphadénome*. Donc, la bilatéralité de l'affection, si rare dans les tumeurs du testicule, et l'existence d'autres localisations morbides cutanées, sous-cutanées ou viscérales, caractérisent cette variété de néoplasme. Cependant, comme toute règle comporte exception, surtout en clinique, le lymphadénome peut être unilatéral (1/3 des cas), primitif (2/3 des cas), douloureux (obs. SCHWARTZ), rapide dans son évolution (obs. BERGER).

5° *La maladie kystique*, ainsi que le fait remarquer Perriquet, n'a pas de signe propre; le diagnostic s'établit par exclusion. Quelques caractères doivent cependant être signalés, bien qu'on puisse les retrouver sur d'autres tumeurs du testicule: apparition à l'âge moyen de la vie, néoplasme unilatéral, en général peu volumineux (un œuf de dinde), forme régulièrement ovoïde rappelant celle du testicule, surface lisse, sans bosselures apparentes à la vue ou sensibles au doigt; consistance particulière « qu'on n'oublie jamais lorsqu'on l'a perçue une fois », sensation intermédiaire entre la dureté d'une masse solide et la fluctuation d'une collection; c'est une sorte de pseudo-fluctuation, de dépressibilité; opacité de la tumeur, sauf à la partie antérieure, quand il y a une hydrocèle; aucune douleur spontanée ou provoquée;

marche lente; aucune tendance envahissante: scrotum et cordons sains. A. COOPER insiste sur la présence des veines scrotales. Pas de ganglions; état général bon. C'est la description d'une tumeur kystique, pure, bénigne; en pratique, elle se rencontre exceptionnellement et la maladie kystique n'est autre chose qu'un épithélioma, un carcinome, dont elle possède tous les caractères fâcheux.

6° Les *fibromes*, *myxomes*, *myomes*, *ostéomes* se prêtent à une description rapide. Ces variétés existent le plus souvent à l'état combiné.

Le *fibrome* se rencontre chez les jeunes sujets; il ne devient gênant que par son volume et son poids. (Observations CURLING, PAGET, KOCHER, PÉAN).

Le *myxome* est le plus souvent combiné aux autres tumeurs; il est fait d'un tissu mou, gélatineux, tremblotant. La masse paraît être fluctuante; mais l'absence de la transparence et les résultats négatifs de la ponction permettent d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'une collection ou d'un épanchement liquide.

Il existe deux sous-variétés: le *myxome en masse* et le *myxome kystique* (obs. BRUN, BREUS, RICHON) dont le diagnostic est difficile à établir. Dans le cas de RICHON, la tumeur avait tous les caractères d'un sarcome vulgaire.

Le myxome, pur ou combiné, doit être considéré comme un néoplasme malin.

Nous possédons deux observations de *myome*, celle de ROKITANSKY et de NEUMANN. Le diagnostic n'a été fait que par l'étude anatomique et histologique de la pièce.

Rien de particulier à dire pour les néoplasies *ostéomateuses*, qui sont des curiosités anatomiques.

2° Méthode anatomique.

5° **Tumeurs simples.** — 1° Le *sarcome*. — L'étude histologique des tumeurs du testicule a prouvé que le *sarcome* est très rare, contrairement à l'opinion de RINDFLEISCH. Le sarcome se présente à la coupe sous forme d'une agglomération de cel-

lules petites, arrondies (*sarcome globo-cellulaire*) ou allongées (*sarcome fuso-cellulaire*). Ces éléments sont plongés dans une substance amorphe, parfois légèrement fibrillaire; mais ils sont si nombreux qu'il n'existe entre eux qu'une légère couche de cette substance, et qu'ils semblent pressés les uns contre les autres.

LANGHANS a fait remarquer avec raison que, dans le sarcome du testicule, cette substance amorphe ne manque jamais; c'est là une indication précieuse pour le diagnostic.

De gros vaisseaux, à parois minces, parcourent la tumeur; l'endothélium est en contact direct avec les cellules sarcomateuses groupées en collerettes à plusieurs rangées.

Ce groupement périvasculaire est caractéristique et constitue encore un bon élément de diagnostic. Il présente, d'ailleurs, un autre intérêt.

Cette disposition des cellules néoplasiques se retrouve nettement sur des coupes de sarcome périvasculaire de l'encéphale (PILLIET) et de fibro-sarcome utérin (HYENNE).

Si, d'autre part, on rapproche de ces sarcomes des séreuses, il est bien permis de croire à l'origine endothéliale de ces tumeurs et, comme l'endothélium des vaisseaux et des séreuses naît du feuillet moyen du blastoderme, les sarcomes, en général, peuvent être considérés comme des néoplasmes d'origine mésodermique, en opposition avec les épithéliomes qui sont de nature ectodermique ou entodermique.

Toutefois, dans le cas particulier de l'organe qui m'occupe, cette distinction est plus apparente que réelle; car la glande génitale tout entière est d'origine mésodermique, puisque les cellules, dites épithéliales, des canaux séminifères dérivent d'éléments primordiaux assemblés, sous le nom d'éminence germinative, sur les confins de la fente pleuro-péritonéale. J'ai dit plus haut, en exposant la théorie de КОХНЕМ, que ces particularités rendaient fort bien compte de la complexité des tumeurs du testicule et de la rareté des formes pures.

Quoi qu'il en soit, dans le sarcome du testicule, le point de départ de la néoplasie est toujours extra-canaliculaire, qu'il