

Cependant il faut bien faire quelque chose. Et la castration présente l'avantage de procurer au malade une douce illusion ; il se croit débarrassé, pour toujours, de cette tumeur qu'il ne voit plus, qu'il ne sent plus, à laquelle il ne pense plus. Si l'affection dont il doit mourir poursuit sa marche, il ne lui viendra jamais à l'esprit d'en rendre responsable cette tumeur qu'on lui a bien enlevée ; pour lui, il s'agit d'une autre maladie justiciable d'un autre traitement, il la croit guérissable et vit bien tranquille.

DU CANCER DU TESTICULE CHEZ L'ENFANT

1° Historique. — Le cancer du testicule n'épargne pas l'enfance ; cependant, il est très rare. C'est ce qui explique pourquoi son histoire est toute récente. Elle commence avec ROBERTS HIRSCHPRUNG et LEBERT, qui, le premier dans une série de mémoires, le second dans son traité pratique des maladies cancéreuses, réunissent les observations disséminées parues avant eux (vers 1850). Puis vient l'excellente thèse de Duzan qui rassemble 182 cas de cancer infantile de 1832 à 1875. CURLING, BRYANT, HOLMES, KOCHER, BOKAI ne disent que quelques mots de la question. GUERSANT, GIRALDÈS et DE SAINT-GERMAIN s'en occupent plus longuement dans leurs leçons cliniques ; POINSOT fait, à ce sujet, une communication intéressante à la Société de Chirurgie. Citons enfin la publication, dans la *Gazette des hôpitaux*, d'une intéressante observation de MONOD, suivie d'une revue du cancer infantile en général et du cancer du testicule en particulier.

2° Étiologie. — Sur 184 cas de la statistique de Monod, le cancer de l'œil est compté 70 fois, celui du rein 45 fois, celui du testicule 11 fois ; ensuite, se présentent successivement les cancers des os, de la langue, de l'encéphale, de la dure-mère, des poumons, des plèvres et du foie. Ces trois dernières localisations sont secondaires.

Comme fréquence, le cancer de l'œil tient le premier rang ;

celui du testicule vient après. Je ne parle pas de celui du rein ; car c'est une affection dont le chirurgien n'a pas à s'occuper, c'est un cancer médical, disait DE SAINT-GERMAIN.

MONOD rapporte, de 1816 à 1884, 27 cas de cancer du testicule ; GIRALDÈS, DE SAINT-GERMAIN, LANNELONGUE n'en ont observé que deux ou trois exemples ; GUERSANT en aurait vu six.

Le cancer du testicule, comme le cancer en général, se rencontre surtout dans la première enfance, chez des sujets de 6 à 18 mois. La néoplasie peut même être congénitale, comme dans les cas de SILCOK et de PARKER.

L'hérédité semble jouer un certain rôle dans l'étiologie. Bouchut, dans son *Traité*, rapporte l'observation de deux petits malades morts d'hydro-sarcocèle cancéreuse ; dans les antécédents héréditaires du premier enfant, cet auteur nota le cancer du sein chez deux tantes paternelles ; dans ceux du second, il releva un cancer de l'estomac chez le grand-père maternel et un cancer de la face chez la grand-mère.

Le traumatisme se retrouve à l'origine des néoplasmes de la glande génitale, par exemple, dans les observations d'EARLE, GAUTHY, ATHOL JOHNSON, MONOD... Dans le cas d'ATHOL JOHNSON, il s'agit d'un enfant dont un testicule fut violemment froissé ; la douleur fut vive et la bourse se tuméfia. Alors que les phénomènes réactionnels s'atténuaient, un second traumatisme intéressa la glande qui devint le point de départ d'une dégénérescence maligne.

Bien qu'on soit aujourd'hui assez porté à admettre l'origine traumatique des néoplasmes et, en particulier, des sarcomes, il faut n'accepter qu'avec la plus grande réserve, ce mode de production des tumeurs. Monod insiste, avec raison, sur ce point ; dans le même ordre d'idées, Lannelongue faisait remarquer naguère que, chez certains sujets atteints d'une tuberculose localisée latente, le traumatisme avait pour effet d'attirer l'attention sur une lésion qui, jusqu'alors, était passée inaperçue. Le traumatisme peut donner un coup de fouet à la marche d'un néoplasme ; il ne peut le produire. Cela est vrai surtout pour les dégénérescences du testicule qui, chez l'enfant, est petit et se dérobe facilement.

3° Anatomie pathologique. — Les diverses formes anatomiques que j'ai décrites chez l'adulte s'observent chez l'enfant ; elles s'y combinent le plus souvent pour donner naissance à des tumeurs mixtes et complexes. A mesure qu'elles vieillissent, elles subissent des transformations ou dégénérescences qui modifient leur aspect macroscopique.

Je ne puis détailler les caractères macroscopiques si variables du cancer infantile ; mais je tiens à rapporter une remarquable description de GIRALDÈS.

« La tumeur... offrait, à une pression légère, une résistance élastique. Toutefois, en exagérant la pression, le tissu céda et s'écrasait sous le doigt. La tumeur était entourée d'une membrane assez épaisse qui paraissait n'être autre chose que le feuillet pariétal de la tunique vaginale, recouverte à sa face interne d'une fausse membrane fibreuse, se rétractant après l'incision et présentant, dans son épaisseur, quelques suffusions sanguines rouges, violacées. Elle n'adhérait, d'ailleurs, à la tunique albuginée que par des tractus cellulés, se déchirant facilement. L'épididyme, situé sur le bord supérieur de la tumeur, au point d'attache du cordon, paraissait avoir conservé son volume normal... Des coupes démontrèrent que la tumeur était composée : 1° d'un noyau central ; 2° d'une couche périphérique. La première partie avait un aspect blanc, bleuâtre, sans trace apparente de vascularisation. Elle était peu consistante et semblait constituée par une trame fibroïde, dont les mailles étaient infiltrées d'un liquide analogue au blanc d'œuf et d'aspect colloïde. Ce liquide, comme on l'a constaté, s'éloigne sous divers rapports du suc cancéreux. En plusieurs points, on trouvait encore des noyaux un peu jaunâtres, plus consistants que les parties voisines, ayant presque l'apparence des tubercules. Enfin on voyait sur les coupes de petites cavités semblables à des kystes.

De cette sorte de noyau central, partaient, en divergeant, des lignes rougeâtres qui divisaient la périphérie de la tumeur en segments... au nombre de huit. L'intervalle compris entre ces sortes de cloisons était comblé par des masses blanches, jaunâtres, solides, simulant des tubercules, se laissant écraser,

à l'instar d'une pulpe, sous une pression énergique. L'un de ces lobules avait, dans toute son étendue, une coloration d'un rouge foncé, due, sans doute, à des extravasations sanguines. Cette portion de la tumeur, parcourue par des vaisseaux volumineux, ne contenait pas de suc cancéreux. En aucun endroit, du reste, on ne trouvait de ramollissement. »

Le sarcocèle cancéreux de l'enfant atteint rarement de grandes dimensions, car la castration est pratiquée de bonne heure.

Il n'en est pas toujours ainsi. Dans le cas de GIRALDÈS, la tumeur mesurait 7 centimètres et demi de longueur sur 5 centimètres de largeur ; dans le cas de BOUCHUT, le néoplasme, gros comme la tête d'un nouveau-né, présentait une circonférence longitudinale de 59 centimètres et une circonférence transversale de 37.

Histologiquement, il n'y a pas lieu de tenir compte de l'ancienne nomenclature : cancer encéphaloïde, fungus hématoïde, cancer médullaire, cysto-sarcome, sarcome, etc. L'interprétation exacte des pièces anatomiques a permis, dans ces dernières années, de reconnaître la plus grande fréquence relative du *carcinome* (HOWARD MARSH, MONOD, GIRALDÈS et HAYEM) et du *sarcome* (BABLOX, FRUSCI). O. WÉBER et POINSOT ont publié deux observations d'*enchondrome* vrai. Quant aux cas de *maladie kystique* observés par ATHOL JOHNSON et TOCHARD, la question est de savoir s'il s'agit de cysto-carcinome, de cysto-sarcome ou de type kystique MALASSEZ. TOCHARD conseillait, pour l'avenir, d'examiner avec soin le liquide des cavités et les cellules recueillies par la ponction exploratrice.

4° Symptomatologie. — « Un jeune garçon vous est présenté ; il a toutes les apparences de la santé la plus parfaite, mais il porte aux bourses une tumeur qui inquiète à vrai dire les parents plus qu'elle ne tourmente l'enfant. Elle est, en effet, et a toujours été indolente, mais elle grossit. Souvent, son existence a été constatée depuis longtemps déjà, depuis des mois, quelquefois des années. On affirme même qu'à la naissance, on croit avoir remarqué que l'un des testicules était plus volumineux que l'autre. Ce qui est certain, du moins,

c'est qu'à dater d'une époque relativement récente, son volume a sensiblement augmenté.

Le petit malade est examiné et l'on trouve, à gauche ou à droite, un peu plus souvent à gauche qu'à droite, exceptionnellement des deux côtés, une tuméfaction régulière, ayant habituellement la forme et le volume d'un œuf de poule ; rénitente, plutôt molle que dure, donnant au doigt une sensation de fluctuation qui ne paraît pas douteuse, mais absolument opaque à la lumière transmise, lourde et retombant pesamment sur le lit quand on l'a soulevée. Elle n'est pas sensible à la pression. Sa surface est ordinairement égale, parfois on y découvre quelques bosselures. Elle paraît siéger dans la glande elle-même ou du moins on peut affirmer qu'elle n'occupe pas exclusivement l'épididyme ; celui-ci, lorsqu'il peut être distingué, ne se reconnaît qu'à une inégalité peu manifeste qui occupe le bord supérieur et postérieur de la tumeur et à laquelle fait suite le canal déférent et les éléments du cordon.

Celui-ci a toujours paru sain ; il en est de même, dans la majorité des cas, des ganglions lombaires et inguinaux. La peau est aussi le plus souvent intacte, non adhérente, parfois très distendue et rougeâtre, parcourue par des veines dilatées. »

Je n'ajouterai quelques mots à cette description de MOXON, que pour insister sur les caractères principaux du cancer du testicule chez l'enfant : c'est une tumeur indolente, longtemps méconnue et découverte par hasard à la suite d'un traumatisme. Elle est ovoïde ou piriforme, aplatie transversalement, nettement circonscrite, semblant respecter le cordon et les ganglions inguinaux. La surface est rarement lisse dans toute son étendue ; elle est souvent bosselée, surtout à la partie inférieure et postérieure ; ces bosselures deviennent plus grosses, et plus nombreuses à mesure que le néoplasme se développe. Celui-ci présente une sensation de mollesse et de dépressibilité particulière, une fluctuation obscure, une fausse fluctuation, terme qui avait le privilège, comme le fait remarquer DE SAINT-GERMAIN, de mettre DENOVILLIERS en colère, mais qui n'en représente pas moins une chose très réelle.

La cavité vaginale ne contient pas de liquide en quantité suffisamment et cliniquement appréciable.

Quant au scrotum, il est plus ou moins distendu, avec des arborisations variqueuses qui témoignent de la gêne de la circulation profonde. C'est un signe important.

Ce tableau clinique reste presque toujours identique à lui-même ; exceptionnellement, le cancer sera douloureux ; le cordon sera « gros, tendu, offrant sous le doigt une sensation analogue à celle d'un intestin hernié » ; les ganglions inguinaux seront dégénérés et la vaginale sera le siège d'un épanchement se révélant par la mollesse, la fluctuation et la transparence à jour frisant, dans les parties antérieure et supérieure, de la masse morbide.

5° Marche. Pronostic. — Tout enfant, atteint d'un cancer du testicule, est perdu irrémédiablement et à brève échéance, que l'affection soit abandonnée à elle-même ou qu'elle soit traitée par une castration précoce.

Abandonnée à elle-même, la tumeur s'accroît rapidement ; le néoplasme peut envahir par propagation l'albuginée, la vaginale et le scrotum qui s'ulcère ; c'est ce qui s'est passé dans l'observation de DEPAUL. Les hémorragies et les infections secondaires s'ajoutent à l'évolution maligne du cancer pour précipiter le dénouement.

Même, quand la castration hâtive a été pratiquée avec toutes les chances de succès, cordon et ganglions sains, la généralisation s'établit rapidement, par étapes ganglionnaires, de la fosse iliaque jusqu'au médiastin. Des noyaux secondaires se fixent dans le foie, les poumons, les vertèbres, et même dans la branche pubienne de l'os des îles (observation de LANNE-LONGUE). L'enfant succombe aux progrès de la cachexie.

La récurrence est donc la règle. Cela est vrai pour le carcinome, le sarcome et les tumeurs mixtes. Quant à l'enchondrome, les cas publiés jusqu'à ce jour ne sont pas encore assez nombreux et assez démonstratifs pour qu'une opinion précise puisse se dégager de l'observation. Si PARKER nous transmet le fait d'un enfant de 3 ans, chez lequel un myxo-chondrome du testicule ne récidiva pas après la castration, O. WEBER et

POINROT nous citent deux enchondromes vrais généralisés en moins de six mois après l'intervention radicale. A plus forte raison, il est difficile d'admettre l'opinion de BOKAI qui affirme que le sarcome, traité par la castration précoce, ne présente aucune tendance à la récurrence et à la généralisation.

Concluons donc, avec la grande majorité des cliniciens, qu'un enfant, atteint de cancer du testicule et castré hâtivement, succombe dans l'année qui suit l'intervention.

6° Diagnostic. — Les éléments de diagnostic différentiel du cancer du testicule reposent sur les principaux caractères cliniques que j'ai précédemment indiqués. La ponction de la tumeur, pratiquée à l'aide de l'aiguille flambée d'une seringue de Pravaz, en plusieurs endroits nettoyée aseptiquement, pourra donner au médecin de précieuses indications, dont il ne faut, d'ailleurs, exagérer ni diminuer l'importance. GIRALDÉS et DE SAINT-GERMAIN plantaient une épingle dans la masse morbide. De la difficulté de pénétration, du degré de mobilité de l'instrument piquant introduit, de l'aspect du liquide s'échappant par l'orifice de la ponction, ils tiraient des déductions fort utiles pour fixer le diagnostic. Si la tumeur soumise à l'examen est un cancer du testicule, l'aiguille rencontre en s'enfonçant une certaine résistance, très variable d'ailleurs, mais toujours moindre que celle d'une coque kystique. Après la pénétration, l'instrument est comme fixé dans la masse et les doigts, qui cherchent à imprimer à la seringue quelque déplacement, n'éprouvent pas les sensations classiques que l'on ressent quand un trocart ballotte dans une cavité. Le liquide, ramené par la ponction, est du sang pur, dans la grande majorité des cas. Il contient des éléments cellulaires qui pourront être étudiés sous le champ d'un microscope. Quand le néoplasme présente la dégénérescence kystique, le palper en est beaucoup plus précis après l'évacuation des alvéoles remplis de liquide. Alors, on constate nettement la présence des bosselures, des inégalités, des parties molles et dures, des noyaux de consistance fibreuse, osseuse ou cartilagineuse. Si le liquide obtenu par la ponction est séreux,

l'on pensera à une hydrocèle symptomatique ou à une maladie kystique (type MALASSEZ).

Malgré tout, le diagnostic différentiel est souvent délicat.

En vérité, on distinguera toujours un sarcocèle cancéreux du testicule d'une *hernie* ou d'une *hydrocèle*.

Je ne m'attarderai pas à rappeler les signes différentiels de ces affections. Il faut cependant se mettre en garde contre toute idée préconçue ; il pourra vous arriver, comme à GIRALDÉS, de recevoir un enfant porteur d'une hydrocèle, comme disent les parents ; vous l'examinez et vous constatez une tumeur néoplasique.

Ectopie testiculaire mérite d'être signalée, non à cause d'une difficulté diagnostique possible, mais parce que, parait-il, cette disposition de la glande fixerait volontiers une dégénérescence maligne. KOCHER rapporte le cas d'un enfant de sept ans atteint de cancer du testicule ectopique.

Tandis que, chez l'adulte, il est souvent difficile de différencier un cancer d'une *hématocèle vaginale*, il n'en est pas de même chez l'enfant, parce que, dans l'enfance, cette affection n'existe pas.

Si, à la suite d'un traumatisme, des ruptures vasculaires se produisent au niveau des bourses, l'hématocèle, dite parenchymateuse, ne sera pas méconnue ; elle s'accompagnera d'épanchement vaginal et d'hématocèle pariétale.

J'ai dit, dans un précédent chapitre, que ces accidents hémorragiques méritent plus exactement la désignation d'hématome ou d'ecchymose.

Le *testicule tuberculeux* se caractérise par des noyaux épидидymaires, un cordon moniliforme, une évolution suppurante, des poussées aiguës, des abcès et des fistules.

L'orchite-épididymite *syphilitique chronique* consiste dans une transformation uniformément scléreuse de la glande génitale ; quelquefois, il existe des nodosités appréciables. L'affection est assez souvent bilatérale, à marche lente, s'accompagne des accidents vulgaires de la syphilis héréditaire et se traite efficacement par la médication mercurielle.

Les *tératomes* ou *inclusions scrotales* et *testiculaires* de

VERNEUIL se développent lentement, sans réaction, sans douleur. Ce n'est que bien longtemps après la naissance que l'on s'aperçoit d'une tumeur peu gênante. Au palper, c'est un cancer; à la ponction, c'est une hydrocèle. Après l'évacuation du liquide, l'examen révèle la présence de bosselures et de noyaux consistants, durs, osseux. Le diagnostic est parfois impossible à établir.

Quoi qu'il en soit, « une tumeur solide des bourses, siégeant manifestement dans le testicule, ne s'accompagnant pas d'épanchement vaginal, se développant dans la première enfance, progressant avec rapidité, ne peut guère être autre chose qu'un néoplasme de la glande séminale » (MONOD).

Si le diagnostic n'a pu être établi, l'intervention fixera la question. « GIRALDÉS conseille, pour résoudre la difficulté, une conduite que j'ai toujours suivie et dont je me suis toujours bien trouvé, c'est de régler l'opération de manière que son premier temps complète le diagnostic, après quoi on peut s'arrêter ou passer outre, suivant les circonstances. Ainsi, je commence toujours par une longue incision partant de l'anneau pour arriver au sommet du testicule, après quoi, j'examine les produits morbides, mis à découvert. Si l'on rencontre une matière couleur chocolat, formée de couches concentriques semblables à celles d'un oignon, on peut les enlever les unes après les autres et pratiquer l'opération de l'hématocèle, c'est-à-dire la décortication, qui permet de conserver, dans l'immense majorité des cas, l'intégrité fonctionnelle de la glande séminale; mais si l'on tombe sur une tumeur parfaitement homogène, sans apparence de stratification, il n'y a plus qu'à passer à la castration » (DE SAINT GERMAIN).

L'examen macroscopique, puis microscopique du néoplasme, permettra de reconnaître la forme anatomique et la variété histologique.

7° Traitement. — Le cancer du testicule, chez l'enfant, est comme celui du rein; il n'y faut pas toucher, à la condition d'être certain du diagnostic.

La castration est illusoire.

Si on la pratique, ce sera uniquement pour donner satisfaction aux parents du petit malade.

INCLUSIONS FŒTALES

1° Définition. — Ce sont des tumeurs *kystiques, congénitales*, à structure *complexe*, dans lesquelles figurent la plupart des tissus dérivés des trois feuilletts blastodermiques (MONOD et TERRILLON).

On les divise en *tumeurs organoïdes* (VERNEUIL) ou *téramatomes complexes* (KOCHER) et en *kystes dermoïdes* ou *téramatomes simples*.

Les *tumeurs organoïdes* sont ainsi nommées parce qu'elles sont constituées par un mélange de parties d'organes, telles que des os, des dents, de la substance cérébrale (VERNEUIL), de l'intestin (VELPEAU), etc. Ces diverses parties plongent dans un liquide fluide ou visqueux, albumineux ou graisseux, verdâtre ou jaunâtre, rare ou abondant. Toute la masse est circonscrite par une paroi kystique qui présente un revêtement épithélial pavimenteux ou cylindrique, simple ou stratifié; celui-ci repose sur un chorion parsemé de glandes, de bulbes pileux, de dents, de fibres musculaires. La tumeur adhère aux enveloppes du testicule, en particulier à la tunique vaginale; elle peut être en rapport avec la poche abdominale postérieure à l'entrée du canal (NÉLATON). Elle est souvent intimement unie au testicule et Kocher a montré que, dans les cas récents, cette union est constante.

Les *kystes dermoïdes* sont, en apparence, beaucoup plus simples dans leur structure, ce qui n'empêche pas qu'ils soient toujours d'origine testiculaire et très adhérents aux enveloppes