

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

de la glande. La paroi kystique est bourgeonnante ; histologiquement, elle comprend deux couches, un revêtement épithélial et un chorion. L'épithélium est pavimenteux simple, pavimenteux stratifié, ou cylindrique. Le chorion contient du tissu conjonctif embryonnaire ; des fibres musculaires, lisses ou striées ; des vaisseaux en formation, et même des ganglions nerveux (CORNIL et BERGER). Le contenu du kyste varie suivant le caractère du revêtement épithélial ; c'est un liquide clair, citrin, rose ou verdâtre dans le type pavimenteux simple ou séreux ; c'est une substance filante, visqueuse, gélatineuse dans le type cylindrique ou muqueux ; c'est une véritable bouillie dans le type pavimenteux stratifié ou pilo-sébacé.

Entre les tumeurs organoïdes et les kystes dermoïdes, il y a place pour de nombreux intermédiaires ; ceux-ci, par leur constitution, tiennent à la fois des unes et des autres. Chacun des types, soumis à l'observation, n'est même jamais simple ; et les types séreux, muqueux et pilo-sébacé sont plus ou moins confondus (LANG, GEINITZ, CORNIL, BERGER, MONOD et TERRILLON).

2° Pathogénie. — La *pathogénie* de ces tumeurs complexes a été bien discutée. Pour GEOFFROY SAINT-HILAIRE (*Traité de tératologie*), toute inclusion fœtale, si imparfaite fût-elle, témoignait d'un organisme surajouté à celui de l'individu porteur de la tumeur ; il s'agissait donc d'un monstre double ; et le monstre double par inclusion devait, dans la série tératologique, se ranger près du monstre double par greffe.

Cette théorie était difficilement acceptable pour les kystes dermoïdes ; LEBERT admit l'*hétéropie plastique* ; c'est cette propriété des tissus simples organiques, en vertu de laquelle ils se développent, au début de la vie, dans des régions où ils n'existent pas normalement. VERNEUIL démontra la fausseté de cette conception.

DARESTE et surtout DAVAINÉ adoptèrent, en la complétant, la théorie de GEOFFROY SAINT-HILAIRE. Pour ces auteurs tout s'explique par des anomalies du développement de l'œuf. « Si les deux lignes primitives, avec leurs aires blastodermiques, se développent simultanément, elles pourront, lorsque leur

accroissement sera parallèle, fournir deux individus distincts, accolés par un point quelconque et plus ou moins fusionnés suivant le rapprochement plus ou moins grand des deux lignes primitives. Ce sont les monstres doubles proprement dits. Mais si, au contraire, le développement des deux aires blastodermiques n'est point parallèle, l'une des lignes primitives englobera l'autre restée rudimentaire et la coalescence des deux produira une monstruosité dans laquelle l'un des embryons sera bien développé, tandis que l'autre, à développement incomplet, deviendra soit un monstre parasitaire, soit simplement une tumeur tératoïde...

Le tératome simple pourrait être rapproché des monstruosité simples, c'est-à-dire de celles qui sont caractérisées par la présence d'un seul embryon, mais à organisation anormale. La fusion physiologique des trois feuilletts blastodermiques, au niveau de la portion caudale de l'embryon, et l'importance relative du corps de Wolff, expliquent que la glande génitale soit un siège de prédilection pour ces tumeurs » (MONOD et TERRILLON).

Les *signes* d'un tératome, parvenu à un certain développement, sont ceux d'une tumeur quelconque du testicule ; c'est dire qu'ils sont objectivement vagues et complexes ; un examen direct, même attentif, ne permettra jamais de faire le diagnostic ; à plus forte raison quand il existe quelque complication : hydrocèle, fusion de la glande, inflammation de la tumeur.

Mais il y a, dans l'évolution du tératome, quelques caractères de la plus grande importance qu'il faut rechercher.

C'est une tumeur congénitale ; elle existe dès la naissance ; ce qui ne veut pas dire qu'elle ne passe pas inaperçue. Elle peut révéler sa présence à la suite d'un traumatisme ou sans cause à l'époque de la puberté. Il faudra fouiller les antécédents si on ne veut pas commettre d'erreur.

Dans sa marche, le tératome passe par deux périodes : la première qui varie de quelques mois à de nombreuses années, est dite période d'*indolence* ou de *stagnation* ; l'indolence est caractéristique (VERNEUIL) ; la seconde qui succède à un trau-

matisme, à un refroidissement local, aux excitations génésiques, « au passage subit dans le scrotum d'une tumeur jusque-là contenue dans l'abdomen » est dite période d'*accroissement* ou d'*inflammation*. La ponction ou l'incision de l'abcès évacue des produits complexes, caractéristiques : matière sébacée, poils, fragments de cartilage, d'os, etc.

3° Diagnostic. — Le *diagnostic*, en clinique, est rarement posé. C'est l'intervention qui le fixe d'ordinaire (observation d'ANDRÉ, de VELPEAU, de BERGER). Il importe surtout de préciser les rapports de la tumeur avec le testicule; c'est encore l'intervention qui nous renseigne.

4° Pronostic. — Le *pronostic* n'est pas indifférent. Bénin dans la grande majorité des cas, il peut être exceptionnellement aussi sévère que celui d'un néoplasme. Il existe des faits bien établis (RICHEL, HESCHL, thèse de POUPINEL), dans lesquels l'inclusion des feuilletts blastodermiques présentait l'allure du cancer vrai, et les sujets sont morts de récidive et généralisation.

Mais alors quelle différence y a-t-il entre un néoplasme et un tératome du testicule?

5° Traitement. — C'est l'ablation précoce de la tumeur; il faut opérer le plus tôt possible. Si la fusion du testicule et du tératome est complète, si la séparation est impossible, la castration est indiquée. Si la masse incluse est kystique, on imitera BERGER. « Il suffit d'ouvrir la cavité kystique en un point où la fluctuation nette et superficielle permet d'affirmer que la paroi n'est doublée d'aucun autre tissu, d'évacuer son contenu, puis de décortiquer et de disséquer cette paroi sans s'inquiéter autrement des rapports qu'elle affecte avec la tunique albuginée. Le plus souvent, la séparation des deux membranes ne présentera que peu de difficultés et l'ablation s'achèvera par la section du pédicule qui rattachait la tumeur aux parties avoisinantes, et par lequel elle recevait ses vaisseaux. »

TUMEURS DE LA VAGINALE ET DU CORDON

Ce sont des lipomes, des fibromes, des sarcomes, des myxomes, des carcinomes... Dans leur développement, ces tumeurs peuvent s'étendre plus ou moins loin de leur point de départ, quel qu'il soit, depuis le canal inguinal jusqu'à la glande génitale elle-même; c'est pourquoi à la période d'état, il est le plus souvent impossible de préciser leur origine et leurs rapports.

1. Lipomes. — Il n'existe qu'un seul fait de *lipome* de la *vaginale*; c'est celui de PARK; la tumeur, grosse comme une noix de coco, mollasse, pseudo-fluctuante, remplissait, depuis dix-huit mois, le scrotum d'un individu âgé de quarante ans et bien portant.

Les observations de DEGUISE, JOBERT (de Lamballe) et de KIMBALL sont sujettes à caution.

Les *lipomes du cordon* ne sont pas aussi rares; CURLING et PÉAN en ont rapporté des exemples. La graisse constitue une ou plusieurs tumeurs. Le volume et le poids de la masse principale sont variables; il y a des lipomes de la grosseur d'une noix, d'une orange, d'un melon (CURLING); du poids de 9 livres (BROSSARD), de 15 livres (GASCOYER), de 20 livres (WILMS).

Le point de départ de ces formations se trouve au niveau des lobules graisseux du cordon. Le lipome peut être pur; exceptionnellement, il est associé au *myxome*, ce qui explique la possibilité d'une récidive post-opératoire (CURLING).

Cliniquement, on dirait une hernie épiploïque, mais sans la corde qui se prolonge dans le canal inguinal; la masse,