

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 récurrence 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, molle, 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 récurrence post-opératoire (CURLING).

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

arrondie et plus ou moins bosselée, se termine à la partie supérieure, par une saillie appréciable à une certaine distance de l'orifice externe du canal; à la partie inférieure, le testicule, indépendant, est situé en bas, en dedans et en arrière. Lorsque la tumeur est volumineuse, elle contracte habituellement des adhérences intimes soit avec les éléments du cordon, soit avec le testicule lui-même et elle peut envoyer un prolongement dans le ventre par le trajet inguinal (BROSSARD).

Le diagnostic est à faire, non seulement avec l'épiplocèle, mais encore avec le varicocèle, l'hydrocèle et les diverses affections de la région.

2. Fibromes. — Les premières observations du *fibrome de la vaginale* sont celles de BAIZEAU, de RICORD, de HOLMES. Dans ces cas, la tumeur était absolument indépendante du testicule et semblait provenir du feuillet pariétal de la vaginale. Toutefois, pour SCHWARTZ, dans le fait de BAIZEAU, il s'agirait peut-être d'une vaginalite chronique proliférante. Les relations du fibrome avec la séreuse sont parfois difficiles à préciser; dans le cas de HILTON, la masse morbide avait son point de départ au niveau du scrotum; dans son développement, elle avait contracté des adhérences intimes avec la tunique vaginale; donc, ainsi que CURLING l'a fait remarquer le premier, l'union et même la fusion du néoplasme avec la séreuse ont pu s'établir secondairement, de là une cause de difficulté et d'erreur dans la détermination de l'origine de la tumeur fibreuse. Dans les observations de HILTON et de HEAT, la provenance scrotale du fibrome est nettement indiquée.

Le *fibrome de la queue de l'épididyme* (PONCET) se développe « aux dépens du tissu cellulaire péri-épididymaire, qui se sclérose et s'indure si facilement chez les porteurs de vieilles hydrocèles et chez les convalescents d'une épididymite ordinaire. » C'est une curiosité anatomique.

« Il résulte, en somme de ce qui précède, que l'on peut rencontrer en dehors du testicule, soit franchement dans le scrotum sans connexion avec la vaginale, soit à la face externe de la vaginale, union primitive, originelle ou adhérence secondaire, soit encore manifestement et dès le début dans

l'épaisseur de la séreuse, des tumeurs ayant les caractères classiques du fibrome pur. Ces faits ont été décrits, par les uns, sous le nom de fibromes du scrotum (CURLING, POISSON); par les autres, sous celui de fibromes de la vaginale (BAIZEAU, KÖCHER). L'important est de rappeler que, tant au point de vue de la structure qu'à celui du diagnostic et du traitement, il y a tout intérêt à les confondre dans une description commune. Le point de départ anatomique seul diffère, et encore avons-nous vu que bien souvent il ne peut être déterminé avec précision. On ne peut se défendre d'établir un rapprochement entre cette variété de tumeurs et les fibromes de la paroi abdominale, dont les connexions avec le péritoine, si elles ne sont pas constantes, sont assez fréquentes et assez étroites, pour qu'il y ait toujours lieu de se préoccuper, en les opérant, de l'ouverture possible et presque toujours inévitable de la séreuse » (MONOD et TERRILLON).

Les signes du fibrome de la vaginale varient suivant son siège et son volume. La petite tumeur fibreuse franchement scrotale, mobile et superficielle, est d'une exploration simple; le néoplasme rétro-épididymaire semble un noyau d'induration, exagéré dans son volume; le fibrome du feuillet pariétal de la vaginale forme « un anneau épais, enveloppant la glande d'avant en arrière à la façon d'un bourrelet ». Par certaines parties de ses faces latérales, le testicule est accessible et révèle sa présence, à la pression, par sa consistance et sa sensibilité caractéristiques.

Le néoplasme fibromateux grossit de jour en jour et il peut acquérir des dimensions énormes (cas de PONCET: 1 125 grammes; cas de CURLING: 11 kilogrammes).

Il suffit que la tumeur présente un certain volume, pour qu'il soit difficile d'affirmer qu'elle est d'origine vaginale et non d'origine testiculaire. Le diagnostic n'est fixé que par l'intervention.

Celle-ci consiste dans l'ablation de la masse pathologique, avec résection partielle ou totale de la vaginale, et même avec castration, quand le testicule ne peut être dégagé.

3. Cancer. — *Vaginale.* — Il s'agit du *cancer primitif* de

la vaginale ; il est très rare et nous n'en possédons qu'un nombre très restreint d'observations (REVERDIN, ORÉ, EVERARD HOME, CRAVEN, VERNEUIL). Anatomiquement, c'est du *sarcome* : sarcome pur, myxo-sarcome ou fibro-sarcome.

Dans le cas de VERNEUIL, c'était du sarcome névroglie. La nature histologique du néoplasme n'a rien qui doive nous étonner, si nous admettons l'origine endothéliale du sarcome. Les malades d'ORÉ et de CRAVEN étaient âgés d'une quarantaine d'années : l'observation de REVERDIN concerne un enfant de sept ans.

L'affection est considérée cliniquement comme une hydrocèle, une hématoçèle ou une tumeur du testicule. C'est dire que le diagnostic est difficile. Peu importe. L'intervention s'impose et l'incision explorative de la masse morbide fournit à la fois le diagnostic et le pronostic.

Le cancer de la vaginale exige une exérèse large qui est réalisée au minimum par la castration.

Cordon. — On peut observer, au niveau du cordon, l'épithéliome et le carcinome (LESAUVAGE, BRYANT, WALSHAM) ; le sarcome (ALBRECHT, MAJUNSKI, BRYANT, WALSHAM), le myxome (tumeur albumino-graisseuse de LESAUVAGE, faits de PEPPER, de FERGUSSON) et surtout le *myome*.

Je ne dirai que quelques mots du myome de l'épididyme et du canal déférent. Nous ne possédons que les cas de TRÉLAT, de RINDFLEISCH, de GOODHARD, de GAY et les travaux de HÉRICOURT et de TERRILLON sur la question. Rarement il s'agit de myome pur ; le plus souvent, on observe le fibro-myome. Le point de départ de la tumeur se trouve dans les fibres musculaires du canal épидидymaire ou déférentiel. Ses rapports avec les éléments du cordon, l'épididyme ou le testicule, sont variables ; tantôt il existe une indépendance relative, tantôt il y a une fusion absolue.

« Presque toujours le néoplasme remplit la tunique fibreuse commune, la distend et l'épaissit par irritation de voisinage ; ainsi se trouve constituée une véritable enveloppe fibreuse qu'on trouve facilement par la dissection et qu'il est nécessaire d'ouvrir largement pour enlever la tumeur. Cette enve-

loppe est rarement détruite, envahie ou perforée par le néoplasme ».

Le scrotum est distendu, œdématisé, vascularisé ; la tuméfaction, souvent kystique, peut s'accompagner d'un certain degré d'hydrocèle. Elle donne naissance à des névralgies plus ou moins violentes.

Quelle que soit la variété de la tumeur, l'augmentation progressive de volume et la malignité conduisent logiquement à l'ablation. Autant que possible, il faut ménager le cordon, l'épididyme et le testicule. Cela n'est vrai que s'il y a, entre ces organes et la production morbide, une indépendance réelle ; les moindres connexions néoplasiques nécessitent l'exérèse large, c'est-à-dire la résection du déférent, de l'épididyme ou la castration.