

## KYSTES DE LA GLANDE GÉNITALE

**1° Historique.** — Les premières observations authentiques de kystes de la glande génitale remontent à LISTON (1843), LLOYD (1843), et PAGET (1844).

En 1848, le mémoire de GOSSELIN paraît. Cet auteur y distingue les grands et les petits kystes de l'épididyme et explique ces tumeurs par la rupture d'un canalicule séminifère et l'enkystement consécutif du sperme épanché.

Les faits publiés se succèdent avec SÉDILLOT (1856), FOUCHER (1856) et la thèse de MARCÉ (1856). C'est l'heure de la théorie des kystes wolffiens (FOLLIN, VERNEUIL, GIRALDÉS).

En 1856, puis en 1862, Dolbeau propose une théorie nouvelle; c'est celle de la formation des kystes par rétention. COOPER avait déjà eu la même idée; de multiples observations sont venues confirmer cette manière de voir (CURLING, QUEKETT, VERNEUIL, RECLUS, STENDENER, ROSENBACH, KOCHER). KOCHER et BROCA se montrent, dans leur traité des tumeurs, partisans de cette théorie.

En ces derniers temps, des travaux importants sont publiés sur la question: ce sont ceux de MONOD et ARTHAUD (Pathogénie et structure des petits kystes de l'épididyme; *Archives de physiologie*, 1885); de HOCHENEGG (Ueber Cysten am Hoden. *Wien. Medic. Jahrb.*, 1885); de VAUTRIN (Kystes spermatiques du scrotum, *Revue de chirurgie*, 1889) et de Paul POIRIER (Pathogénie des kystes de l'épididyme. *Revue de chirurgie*, 1890).

**2° Division** (anatomique et pathogénique). — Envisagés dans leur origine et leur structure, les kystes de l'épididyme

forment trois groupes principaux: les uns prennent naissance aux dépens des vestiges embryonnaires du corps de WOLFF; ce sont les *kystes d'origine wolffienne*. Ils ont été les premiers expliqués; ils sont les moins nombreux; on les rencontre surtout chez l'enfant. D'autres proviennent des tubes séminifères du testicule ou de l'épididyme; ce sont les *kystes d'origine tubulaire*. Le mode pathogénique intime en est variable; on les observe fréquemment, surtout au niveau de la convexité du globus major; ils sont le privilège d'un âge avancé. D'autres, enfin, trouvent leur point de départ au niveau de la tunique vaginale; ce sont les *kystes d'origine vaginale*. Ce sont les plus nombreux; l'étude en est toute récente.

En dehors des kystes que je viens de mentionner, il en existe quelques autres variétés exceptionnelles, qui, d'ailleurs, ne présentent qu'un médiocre intérêt.

**1° Kystes d'origine wolffienne** (CURLING, FOLLIN, MARCÉ, LORENZ, VERNEUIL, GIRALDÉS, BROCA). — Ces kystes reconnaissent, à l'origine, la dilatation d'un débris du corps de WOLFF. La cavité primitive peut, dans certaines conditions, se développer et constituer un kyste para-épididymaire, celui-ci est pour le testicule ce que le kyste para-ovarien est pour l'ovaire. Les vestiges du corps de WOLFF sont représentés par le corps innommé de GIRALDÉS, les canalicules de FOLLIN, le vas aberrans de HALLER, le vas du rete (ROTH, POIRIER). La paroi kystique consiste en une membrane conjonctivo-fibreuse,

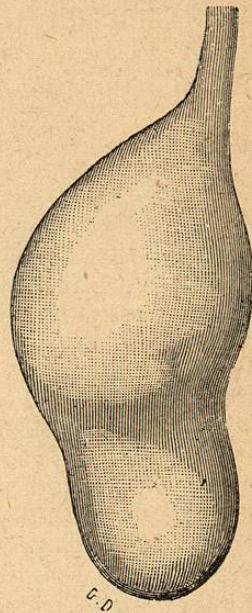


FIG. 11. — Kyste de l'épididyme.  
(D'après DUPLAY et RECLUS.)



revêtue, sur sa surface interne, par un épithélium cylindrique. Dans les tumeurs anciennes, cet épithélium se modifie dans ses caractères, il devient cubique, puis pavimenteux.

2° *Kystes d'origine tubulaire.* — Les partisans de l'origine tubulaire des kystes partent de ce principe que toute oblitération ou tout rétrécissement d'un segment de tube séminifère produit, en amont de ce point, une stase spermatique, accompagnée d'ectasie.

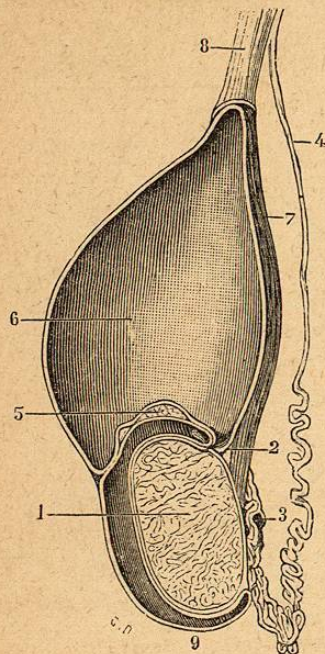


FIG. 12. — Kyste de l'épididyme.  
(Coupe longitudinale.)  
(D'après DUPLAY et RECLUS.)

latérales des canaux excréteurs du testicule. A l'appui de ce mode pathogénique, les auteurs précédemment cités, font intervenir ces tumeurs kystiques para-déférentielles dont LAUGIER, BROCA, UHDE, MONOD et TERRILLON ont rapporté des exemples. VAUTRIN, en particulier, a extirpé une de ces

Cette ectasie sera particulièrement marquée au niveau des vasa aberrantia qui offrent moins de résistance et des dilatactions fusiformes ou anévrysmales qui sont échelonnées le long des tubes droits, des vasa du rete et des cônes efférents. C'est la vieille théorie de DOLBEAU, adoptée par WIRCHOW et KOCHER et qui repose sur un grand nombre de faits anatomiques bien observés. RECLUS a signalé la fréquence des dilatactions ampullaires de la queue de l'épididyme et de l'origine du déférent ; VERNEUIL et VILLEGANTE, puis SAPPEY ont décrit les ectasies

tumeurs, dont la paroi, examinée par BARABAN, était constituée par une tunique celluleuse externe, une tunique musculaire moyenne et une tunique épithéliale ciliée interne. Ce sont les éléments de structure du canal déférent et de ses diverticules. N'y a-t-il pas lieu d'admettre le développement exagéré et l'indépendance acquise d'une dilatation ampullaire latéro-déférentielle, pour expliquer la formation de ces kystes, qui, dans la majorité des cas, contiennent des spermatozoïdes?

Parfois, les kystes d'origine tubulaire reconnaissent un mode pathogénique différent.

MONOD et ARTHAUD ont démontré que le processus scléreux interstitiel, qui frappe la glande génitale des vieillards, avait pour effet de comprimer certaines parties des tubes, et, par suite, de favoriser la dilatation des segments voisins.

C'est l'étude anatomique du testicule atrophique des vieillards et des kystes de la tête de l'épididyme qui les a conduits à adopter cette nouvelle théorie. Ils ont constaté, en effet, que la paroi des kystes de petit et de moyen volume n'est pas simple, mais qu'elle est constituée par la superposition, en allant de dehors en dedans, des couches suivantes : vaginale (endothélium et tissu sous-séreux) ; tubes épididymaires ; zone fibreuse ; épithélium kystique. Dans d'autres pièces, la couche

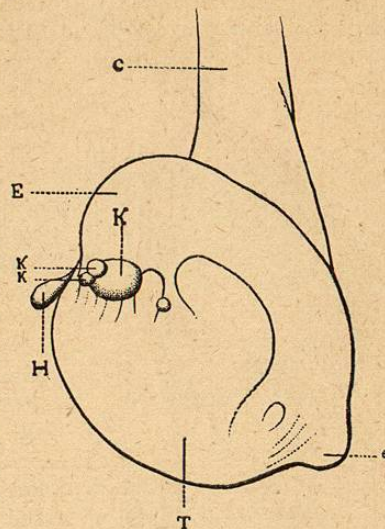


FIG. 13. — Kyste de l'épididyme d'origine vaginale (POIRIER).  
(D'après DUPLAY et RECLUS.)



des tubes épидидymaires est remarquable en ce sens qu'elle présente des dilatations kystiques entourées de sclérose, à côté de segments en voie d'atrophie. De plus, l'épithélium kystique de revêtement offre tous les caractères généraux de l'épithélium des tubes de l'épididyme. Dans les kystes volumineux et anciens, la couche des tubes épидидymaires disparaît et l'épithélium kystique devient pavimenteux.

En conséquence, MONOD et ARTHAUD considèrent les kystes qu'ils ont étudiés, comme dérivant de ces dilatations tubulaires observées dans le testicule atrophique sénile. C'est ce

qui explique pourquoi ces kystes épидидymaires se rencontrent surtout chez les vieillards et n'existent pas chez les jeunes sujets.

3° *Kystes d'origine vaginale.* — Ces kystes sont désignés aussi sous le nom de kystes *séreux*. Ils ont été bien étudiés par Poirier. On peut les rencontrer en tous points de la vaginale, mais ils siègent de préférence au niveau du sillon qui correspond à l'union, avec le testicule,

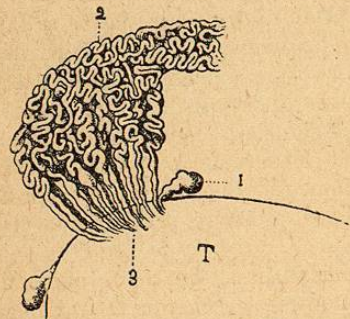


FIG. 14. — Vas du rete (POIRIER).  
(D'après DUPLAY et RECLUS.)

du globus major et du globus minor. Ils résultent précisément des conditions anatomiques de soudure et d'enclavement des deux feuilletts. Ils peuvent prendre un développement plus ou moins considérable et présenter, avec les tubes épидидymaires, des relations intéressantes qui seront exposées dans un instant.

A cette variété, il faut rattacher l'hydrocèle multiloculaire, exceptionnelle et mal connue (cas de Langenbeck et Steinthal).

Pour être complet, aux trois classes de kystes que je viens de citer, je mentionnerai simplement les kystes d'origine

*traumatique*, tels que les kystes par épanchement spermatique enkysté, à la suite de la rupture d'un tube séminifère, ou ceux qui succèdent à un foyer hémorragique siégeant sous l'albuginée ; les kystes d'origine *lymphatique*, comme NEPVEN, HOCHENEGG en ont rapporté des exemples et qui sont niés, avec raison, par POIRIER ; enfin les kystes d'origine *parasitaire* comme les kystes hydatiques de la glande signalés par GOSSELIN, KOCHER, CRAMER, RICHTER, COOPER et PÉAN.

4° *Évolution anatomique des kystes de la glande génitale.*

— Les kystes de la glande génitale ont été divisés par GOSSELIN en petits et en grands kystes. Les petits sont aussi appelés *lenticulaires* (RECLUS) ou *sus-épидидymaires* (MONOD et TERRILLON) ; les grands, *sous-épидидymaires* (MONOD et TERRILLON) ou *spermatiques* (MARCÉ). Ces expressions sont suffisamment significatives pour que je n'aie pas à insister. Cette division en kystes petits et grands est-elle bien fondée ? Il n'y a plus lieu de l'admettre aujourd'hui, à cause de la complexité d'origine et de structure de ces tumeurs. Cependant, au point de vue clinique, cette distinction grossière peut encore être admise.

Ces kystes, sus et sous-épидидymaires, sont petits et grands (quelques gouttes à 1500 grammes), le contenu est variable : substance sirupeuse, liquide citrin, opalescent, hématique, spermatique ou privé d'animalcules.

La question véritablement intéressante est celle des rapports des kystes avec la vaginale, le testicule et surtout l'épididyme, car à cette question se rattache le problème de la porte d'entrée des spermatozoïdes.

Il ne s'agit pas, bien entendu, de ces petits kystes, lesquels, au nombre de deux, trois ou quatre, font saillie, avec ou sans pédicule, sur la tête de l'épididyme ; il ne s'agit pas non plus de ceux qui naissent aux dépens d'un diverticule tubulaire et qui peuvent acquérir un grand développement. La présence des spermatozoïdes dans le liquide du kyste est facile à comprendre. LEWIN en a trouvé dans les premiers ; dans les seconds la constatation est vulgaire. CURLING et QUEKETT, STENDENER, ROSENBACH, LUSCHKA, KOCHER ont pu injecter la cavité kystique



par la voie spermatique ; c'est-à-dire qu'il existe des communications — visibles sur les pièces de STENDENER et de KOCHER — entre ces deux parties et que le passage des spermatozoïdes peut s'effectuer naturellement.

Dans les cas qui nous occupent, l'absence d'animalcules, constatée par la ponction, n'a rien d'étonnant. Il est rationnel de penser que les communications ne sont pas éternelles et qu'elles peuvent disparaître un jour ou l'autre, par oblitération ou par compression, quand la tumeur vieillit. Lorsqu'il s'agit de kystes d'origine wolffienne ou vaginale, ce problème est plus difficile à résoudre. Les observations sont même fréquentes de kystes qui contiennent, par intermittences, des spermatozoïdes.

La raison, donnée par les auteurs, est la suivante. Quand un kyste de la variété précédente se développe, il pénètre l'épididyme et parvient au contact des tubes séminifères. Ceux-ci, allongés par suite de l'expansion de la tumeur, s'appliquent intimement sur celle-ci. Ils résistent, ce qui fait que la zone conjonctive qui les sépare de l'épithélium kystique, s'amincit de plus en plus et disparaît. Les rapports de la cavité du tube séminifère et de la cavité kystique sont devenus si intimes que la rupture du tube, qui arrive nécessairement, a pour effet d'établir une confluence entre ce tube et le kyste. Celui-ci, par suite, reçoit du liquide séminal et grossit brusquement et rapidement. Les mêmes phénomènes peuvent se répéter, c'est ce qui explique pourquoi le développement des kystes se fait par à-coups — à la suite d'un traumatisme — et pourquoi la richesse en spermatozoïdes est inégale et même intermittente. POIRIER a figuré un kyste communiquant avec deux vasa efferentia perméables dans toute leur étendue (ce qui exclut la rétention) et plusieurs kystes, siégeant sur la même pièce au niveau du sillon orchio-épididymaire, dont l'un, le plus gros, communique avec les tubes séminifères tandis que les deux autres sont indépendants. Il est possible que les cas de STENDENER et de KOCHER soient de même ordre. Le mécanisme des communications n'est rien moins que facile à établir.

**3° Signes cliniques.** — Les petits kystes, en particulier ceux de la glande génitale des vieillards, échappent à toute exploration. Ils ne peuvent se révéler que s'ils présentent un certain volume ou si, pour traiter l'hydrocèle, qui souvent les accompagne, plutôt qu'elle ne les complique, on pratique l'inspection de l'épididyme et du testicule. A part cela, ces petits kystes sus-épididymaires sont des curiosités anatomiques.

Le tableau clinique des kystes de moyen volume, en particulier les kystes dits sous-épididymaires et spermatiques, est plus intéressant, tout en étant fort simple. Quand le kyste est petit, il fait corps avec la tête, le corps ou la queue de l'épididyme ; il est facile d'apprécier le sillon qui le sépare du testicule sous-jacent. La sensation que l'on éprouve est celle d'une petite tumeur arrondie, lisse, ferme et dépressible.

Quand le kyste est volumineux, il tend à se développer sur la partie externe du cordon, vers l'orifice inguinal ; l'épididyme, aplati contre lui, en dedans, au-dessous ou en dehors, perd toute individualité. Quant au testicule, il se trouve soit directement en bas, soit en bas et en dedans, en situation oblique ou même horizontale par rapport à ses faces. Il est indépendant de la masse sous-jacente, et à l'inspection ou mieux au palper, kyste et testicule, dans leur ensemble, figurent une poire à grosse extrémité supérieure ou une brioche renversée.

Le kyste est arrondi, lisse, parfois bosselé, il est mat et fluctuant ; il est transparent, sauf inflammation chronique des parois, contenu très opalescent, hématique ou suppuré ; il est indolent et quand, par hasard, la douleur existe, elle est due à des phénomènes de compression et un état névralgique spécial ; le malade n'est pas soulagé par le suspensoir ou le relèvement des bourses.

Le liquide du kyste présente des caractères variables. La quantité est, en moyenne, de 70 à 300 grammes ; mais on a signalé des poches de 950 grammes (DELATRE), de 1000 grammes (CURLING), de 1300 grammes (RICORD).

Il est de réaction alcaline et pauvre en chlorure de sodium et en albumine. Cependant, si la paroi kystique est enflam-



mée, on peut trouver de l'albumine et de la fibrine en quantité notable.

Ce qui caractérise surtout ces kystes, c'est la présence des spermatozoïdes dans le liquide qu'ils contiennent. Les animalcules sont peu nombreux dans certains cas; dans d'autres cas, ils recouvrent tout le champ de la préparation. Ils ne sont pas constants; il y a des kystes qui n'en présentent jamais; il y en a d'autres qui en possèdent par intervalle, à la suite d'un traumatisme ou d'une ponction. L'animalcule constitue l'élément certain du diagnostic.

**4° Marche et complication.** — Le kyste spermatique évolue lentement, insidieusement, progressivement, avec de longues périodes d'état stationnaire et des augmentations soudaines de volume (traumatisme, inflammation).

Le kyste peut se transformer en une hématoécèle (A. COOPER, CURLING, GOSSELIN, LARREY, MÉNARD).

Il peut suppurer. Il peut se rompre et, de la sorte, guérir ou se reconstituer.

Dans certains cas, il comprime les voies d'excrétion du sperme et peut déterminer une spermatoécèle par rétention (GOSSELIN).

**5° Diagnostic.** — Quand le kyste est petit, il faut le distinguer des indurations syphilitiques, tuberculeuses ou blennorrhagique de l'épididyme.

Quand il est grand, il ne faut pas le confondre avec une hydrocèle. Celle-ci, comme le kyste, est arrondie, mate, fluctuante, transparente, indolente. Elle peut figurer la poire ou la brioche renversées (RECLUS).

Mais dans le kyste, le testicule est indépendant de la tumeur; la glande est incluse dans l'hydrocèle.

Le liquide de l'hydrocèle est riche en albumine et en fibrine. Celui du kyste est séroïde; il est pauvre en chlorure de sodium et en albumine.

Le kyste est spermatique; l'hydrocèle est privée d'animalcules (cependant il y a des cas où le kyste ne contient pas de spermatozoïdes et où l'hydrocèle en présente).

Si la paroi kystique est atteinte d'inflammation chronique,

hémorragique, on pourra croire à une hématoécèle. Recherchez la position du testicule et les spermatozoïdes.

Lorsque le kyste a refoulé la vaginale et s'est substitué à la séreuse (SÉDILLOT, THINUS, GOSSELIN, BROCA), on porte le diagnostic d'hydrocèle; l'erreur est impossible à éviter même s'il y a des spermatozoïdes.

**6° Traitement.** — C'est celui de l'hydrocèle. Après la ponction suivie d'injection iodée, les récurrences sont plus fréquentes que lorsqu'il s'agit d'une hydrocèle (LISTON, SÉDILLOT). Cependant, RECLUS conseille encore cette méthode.

Le traitement de choix est la *cure radicale*. On se souviendra, dans la dissection du sac, des rapports intimes de la paroi kystique avec les éléments de l'épididyme et du cordon; il sera parfois avantageux de respecter la bande séreuse qui tapisse ces éléments.