

La peau qui les recouvre est mince, blanche, lisse ; sous elle transparaissent de petites veines bleues ; à son travers, on aperçoit, sur certains sujets, le contenu de la poche.

A la palpation, on les sent flasques, mal remplies, tout à fait molles et fluctuantes quand elles renferment un liquide séreux ou filant, pâteuses, « de consistance butyreuse », quand elles contiennent de la matière sébacée. Elles sont libres sur les parties profondes, ne contractent avec elles aucune adhérence et se laissent mobiliser sur elles dans le sens transversal, mais non pas dans le sens antéro-postérieur.

Elles sont quelquefois mobiles sous la peau ; dans d'autres cas, elles font corps avec elle et sont proprement intracutanées (Mermet).

Le kyste est irréductible s'il est isolé ; il y a réduction, au contraire, quand existe la formation kystique en chapelet : on voit alors se gonfler les tumeurs du voisinage, tandis que celle qu'on explore s'affaisse sous la pression ; les trajets intermédiaires bombent aussi sous la tension, à la manière d'un « gros vaisseau de la peau injecté de suif ».

Après avoir subi à l'adolescence, à la puberté ou à une période quelconque de la vie, une poussée aiguë capable de révéler son existence ou de signaler ses inconvénients, le kyste dermoïde peut rester, durant toute l'existence de celui qui le porte, aseptique et indolore, à peine incommode. Les deux malades de Mermet étaient atteints d'une maladie vénérienne ; c'est en les examinant pour cette maladie vénérienne qu'on découvrit les kystes dermoïdes du scrotum ; ces kystes déterminaient si peu de gêne que les patients n'acceptèrent ni la ponction exploratrice qu'on leur proposa, ni, *à fortiori*, l'extirpation.

Dans d'autres cas, la tumeur s'enflamme, rougit, devient douloureuse, puis retourne par résolution à l'état normal, ou bien suppure, se transformant ainsi en abcès dont la paroi crève et laisse écouler au dehors du pus mélangé à de la matière sébacée ou à du mucus.

La raison de cette infection reste souvent ignorée : il est habituel de la voir survenir d'une manière inopinée, sans traumatisme, c'est-à-dire sans communication possible de la poche avec le milieu extérieur, et en dehors de toute pyrexie. Il est vraisemblable que c'est à une légère exulcération épidermique facile à expliquer dans cette région et à une lymphangite secondaire qu'il faut, dans la plupart des cas, faire remonter les accidents. Quoi qu'il en soit, l'abcès guérit rarement après évacuation du contenu ; il donne naissance à une fistule scrotale ou périnéale.

Diagnostic. — On peut dire des kystes dermoïdes en chapelet du scrotum que leur diagnostic s'impose. L'erreur ne peut venir, en l'espèce, que par la méconnaissance où le praticien peut se trouver de leur existence ; ils constituent, en effet, une affection rare dont

peu d'observations ont été publiées ; ainsi s'explique la rubrique sous laquelle Balzer et Souplet ont présenté à la Société de dermatologie et de syphiligraphie deux malades atteints de kystes dermoïdes du scrotum et du périnée : *Deux observations de suppuration en trajet canaliculaire le long du raphé péno-scrotal.*

Quand il y a simplement une poche, sans aucun diverticule, le diagnostic prête à quelque confusion. Je ne vois guère, pour donner le change, qu'un kyste sébacé, un lipome, une gomme syphilitique ramollie, un abcès froid. Point n'est ici le lieu de redire les caractères de chacune de ces affections. Je tiens à rappeler que la signature du kyste dermoïde est la congénitalité et le siège médian. En tout état de cause, l'examen microscopique du contenu, une fois la tumeur ouverte, résoudrait le problème : dans la paroi, des cellules cornées ; dans la masse intrakystique, des cellules adipeuses et des cristaux d'acides gras, ainsi qu'Henry et Darier (1) l'ont observé.

Si le kyste infecté est en évolution suppurative, on peut le prendre pour un abcès chaud lymphangitique : le passé est là pour répondre.

S'il est fistulisé, il peut en imposer pour une fistule ostéopathique ou une fistule péri-ano-rectale : c'est affaire d'examen.

Traitement. — L'affection est quelquefois si peu gênante que plusieurs malades se sont refusés à toute opération. Il n'y a qu'un traitement raisonnable : l'extirpation au bistouri. Tout sujet porteur d'un kyste dermo-scrotal est justiciable de la chirurgie ; il n'y a d'exception que pour les tout jeunes enfants.

B. — TUMEURS ACQUISES.

I. — TUMEURS MALIGNES.

Les tumeurs malignes des bourses prennent naissance sur la peau ou sur la vaginale ; elles sont rares pour la première, tout à fait exceptionnelles pour la seconde.

CANCER DU SCROTUM. — Les néoplasies malignes du scrotum sont : 1° le *sarcome mélanique* ; 2° l'*épithélioma*.

Le **sarcome mélanique** est d'une extrême rareté ; Reclus fait des réserves sur les deux observations qui ont été publiées par Curling et par Rouge, et ce n'est pas sans raison. J'ai vu, personnellement, à la Salpêtrière, un sarcome mélanique de la grande lèvre. Son évolution fut rapide : la malade mourut en quelques mois dans le service de mon maître Terrillon.

On peut donc dire qu'il n'y a pas, pour se développer sur le scrotum,

(1) HENRY et DARIER, Kystes congénitaux du scrotum (*Bull. des séances de la Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 8 mai et 12 juin 1890, p. 143 et 144).

d'autre tumeur que le cancer, c'est-à-dire que l'épithélioma, le cancroïde cutané.

L'**épithélioma des bourses** est cependant rare ; beaucoup de chirurgiens n'en ont jamais observé. Il se raréfie, paraît-il, ce que les pathologistes attribuent aux progrès de la fumisterie. Depuis Pott, en effet, on a incriminé presque exclusivement l'action de la suie dans la genèse de l'épithélioma du scrotum. Et de ce que les ramoneurs, aujourd'hui plus civilisés, se servent d'ustensiles et ne montent plus comme autrefois dans les cheminées, on induit que là est l'explication de la décroissance subie par le coefficient de fréquence du « Chimney swesp's cancer ». Je n'y contredis pas. Je pense, néanmoins, qu'il doit y avoir quelque exagération à doter la suie d'une sorte d'action spécifique ; je ne suis pas convaincu par cette fameuse histoire partout transcrite du jardinier de Earle, lequel, « ayant l'habitude de jeter de la suie autour des jeunes plantes pour les préserver des limaces », fut précisément atteint d'un cancroïde du dos de la main qui était en contact avec la suie. Il me semble que le plus sage est d'incriminer la saleté, l'action irritante des poussières mêlées à la sueur. Sur ce point, sans doute, les anciens ramoneurs étaient passés maîtres ; à citer parmi leurs émules et les candidats au cancer du scrotum, les chauffeurs, les fondeurs, les paraffineurs, les muletiers du Mexique et les « remueurs de piano » ! juste en nombre suffisant pour démontrer que la suie n'est pas tout.

Comme pour tous les cancers, l'influence de l'hérédité a été plusieurs fois notée ; un homme observé par Curling avait un cancer des bourses ; son grand-père, son père, son frère en étaient morts. L'enfance et l'adolescence sont à l'abri de l'épithélioma des bourses ; l'âge adulte lui paie un tribut plus fort que la vieillesse.

Le cancer du scrotum est le type du cancroïde cutané : c'est un épithélioma pavimenteux. Il se comporte comme les tumeurs de son espèce, les cancroïdes de la face en particulier, c'est-à-dire qu'il a ordinairement une marche lente, qu'il a peu de tendance à gagner en profondeur et en surface et qu'il reste longtemps justiciable de l'action chirurgicale.

Il débute par un petit papillome verruqueux qui demeure de longs mois stationnaire et que le malade, poussé par la démangeaison, gratte, irrite et ulcère. Le cancroïde se présente alors sous des aspects divers : chez certains malades, c'est une sorte de petite verrue suintante, saignante, fendillée et exulcérée ; chez d'autres, c'est une ulcération plate qui est alternativement à nu et humide, ou sèche et recouverte d'une croûte fragile que le frottement du pantalon détache ; chez d'autres, enfin, les cellules gangrenées de l'épiderme s'amassent avec les sécrétions en une série de croûtes qui se dessèchent, durcissent, se stratifient et donnent au néoplasme l'aspect d'une véritable corne (fig. 224 et 225).

Mais, au bout d'un certain temps, verrue, croûtes, cornes, tout cela se détache ; l'ulcération cancéreuse, ainsi mise à nu, apparaît alors avec les caractères qui lui sont propres.

Elle revêt deux formes différentes : elle est *végétante* ou *creusante*.

Le **cancer végétant** se développe en un véritable chou-fleur fissuraire et crevasse, plaqué sur une base indurée et recouvert de fongosités pâles ou rouges dont la couche superficielle se détache de temps à autre en lambeaux sphacelés, et d'où suinte une sécrétion séro-purulente souvent mêlée de sang. Quelquefois, le cancer forme une sorte de champignon plus régulier, tapissé de bourgeons atones, sans exubérance, à prolifération lente, à sécrétion moins fétide, à hémorragie plus rare, et appliqué sur une base moins large, moins indurée : on dirait d'une sorte de granulome simple. Cette variété est plus bénigne ; son évolution est beaucoup plus lente ; autour de la tumeur, les tissus périphériques s'infiltrent moins vite.

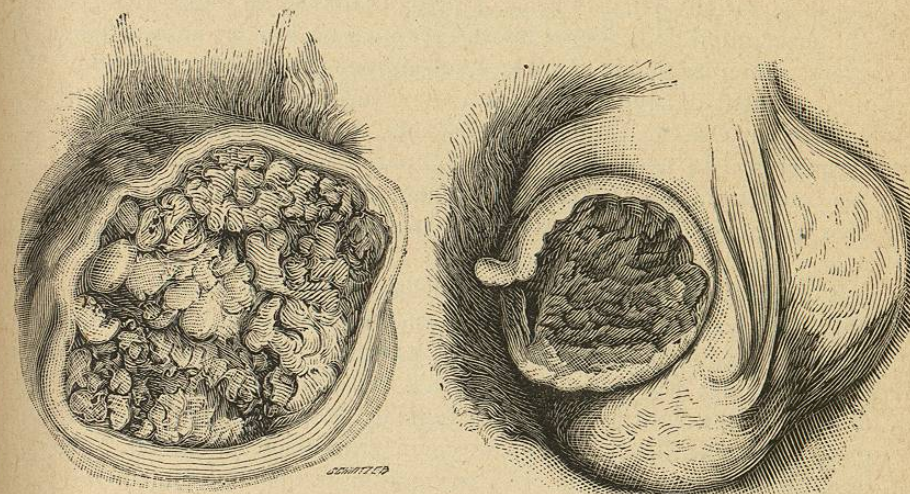


Fig. 224. — Cancer du scrotum ; ulcération à rebords indurés reposant sur une tumeur épithéliale (d'après SCHWARTZ).

Fig. 225. — Cancer du scrotum (d'après SCHWARTZ, *Encyclopédie de chirurgie*, t. VII).

L'**épithélioma creusant** du scrotum est une ulcération de consistance cartilagineuse, à bords durs, irréguliers, sinueux, surélevés. Le fond est anfractueux et végétant ; la sécrétion est abondante et fétide ; souvent éclatent des hémorragies.

Le cancer du scrotum, à la manière de presque tous les cancroïdes cutanés, est bénin parmi les cancers ; il reste longtemps superficiel, ne se généralise, pour ainsi dire, jamais, et ne frappe pas trop vite les ganglions sur le territoire desquels il se développe. Mais un jour vient où la vaginale, le testicule, les corps caverneux, l'appareil lympho-inguinal, le cordon spermatique lui-même sont envahis

par le processus; la cachexie guette alors le malade, avec la pneumonie, le muguet, la phlegmatia, etc. On a vu survenir des hémorragies par ulcération des vaisseaux fémoraux envahis par le néoplasme qui, par les lymphatiques, avait gagné les ganglions de l'aîne.

Je ne dis rien ici du diagnostic de l'épithélioma du scrotum; le lecteur s'en référera sur ce point à la description que j'ai donnée des ulcérations tuberculeuses, des ulcérations syphilitiques et des ulcérations spéciales qui, dans les pays chauds, peuvent se développer sur la peau des bourses.

CANCER DE LA VAGINALE. — Le cancer, je veux dire le sarcome de la vaginale, est très rare; il n'en a été publié que quelques observations. La plupart de ces observations, du reste, n'ont aucun caractère d'authenticité. Les unes semblent se rapporter à des tumeurs du cordon spermatique; les autres ressemblent, à s'y méprendre, à des observations d'hématocèles. A presque toutes, du reste, manque la consécration de l'examen microscopique, ou, tout au moins, d'un examen microscopique sérieux. Peut-on, par exemple, prendre pour un document de quelque valeur cette constatation qu'une tumeur enlevée par Oré (de Bordeaux) présentait, au dire de Dudon (1), les caractères « du tissu cancéreux »? Il paraît néanmoins certain que des tumeurs indépendantes du testicule, de l'épididyme et du pédicule vasculaire de ceux-ci peuvent se développer dans la cavité vaginale et récidiver après ablation.

L'observation de Curling (2) et celle de Craven rapportée par Klebs (3); les cas signalés par A. Reverdin (4) et par Adler (5), malgré les objections dont ils seraient passibles sur certains points, semblent assez démonstratifs pour qu'il soit difficile de révoquer en doute l'existence du sarcome de la vaginale. Mais une question reste obscure: s'agit-il bien là d'un sarcome primitif de la vaginale? ou bien n'y faut-il pas voir, au contraire, soit la greffe d'une tumeur née dans le parenchyme testiculaire, soit la greffe d'une tumeur intrapéritonéale? Il arrive chaque jour qu'un néoplasme secondaire se développe avec une grande rapidité, tandis que sommeille, dans une sorte de vie latente, la tumeur originelle.

A cet égard, il convient d'abord de se rappeler le laps de temps extraordinairement court après lequel les opérateurs, la tumeur enlevée, purent, dans bon nombre de cas, constater le développement d'une néoplasie péritonéale, et, ensuite, de méditer l'observation de

(1) DUDON, Cancer de la tunique vaginale (*Bord. méd.*, 1873, p. 259).

(2) CURLING, Traité des maladies du testicule, 1857, p. 406.

(3) KLEBS, Sarcome de la vaginale (*Handb. der Path. Anat.*, 1876, et in Aug. CHALLIÈS, Des tumeurs de la tunique vaginale, thèse de Montpellier, 1896, n° 59, p. 61).

(4) A. REVERDIN, Sarcome de la tunique vaginale chez un enfant (*Revue de la Suisse romande*, t. VI, 1886, p. 205).

(5) ADLER, Sarcome de la tunique vaginale (*Sem. méd.*, 1894, p. 315).

Cauchois (1): celui-ci observa dans le service de Verneuil un sarcome névroglie de la vaginale qui fut opéré deux fois: le testicule, qui parut sain tout d'abord, fut ensuite reconnu frappé du même mal que la séreuse.

En tous cas, il ne semble pas impossible, je le répète, qu'un sarcome naisse de la vaginale. Je n'en dirai pas autant de l'épithélioma. Je ne pense pas qu'on puisse considérer comme inattaquable l'observation d'épithélioma primitif de la vaginale publiée par Constantin Nicolopoulo (2). En admettant que la nature épithéliale des végétations rosées, framboisées, dures, sessiles, qui, dans le cas particulier, étaient irrégulièrement distribuées, grosses comme la tête d'une épingle ou un pois, sur les deux feuillets de la séreuse, ne puisse être révoquée en doute, l'examen en ayant été pratiqué par Pilliet, rien, absolument rien ne prouve qu'il s'agisse là d'un néoplasme primitif; même, on peut affirmer que ces végétations ressemblent tout à fait à des greffes cancéreuses. Au reste, ne sait-on pas que l'épithélioma ne saurait naître ailleurs que dans une région où préexiste un épithélium, et qu'aucun fait jusqu'à ce jour n'est venu détruire le caractère en quelque sorte spécifique qu'on reconnaît à ce genre de néoplasmes?

Je sais bien que Nicolopoulo, après avoir rappelé que les formations papillaires qui se développent à la surface de l'ovaire résultent d'une perturbation dans le travail d'invagination de l'épithélium germinatif de la surface ovarienne, fait remonter à une prolifération de l'épithélium germinatif péritesticulaire l'origine de l'épithélioma de la vaginale dont le malade de son maître Reclus était porteur. Mais est-il vraiment possible d'établir une pareille comparaison, quand, pour de si nombreuses tumeurs végétantes de l'ovaire, on en est encore à signaler un fait péremptoire d'épithélioma péritesticulaire? Pour ma part, je doute encore.

Le traitement du cancer des bourses se résume en ceci: enlever la tumeur le plus rapidement et le plus complètement possible. On conçoit qu'à chaque cas particulier convienne une opération spéciale; une seule indication subsiste en tous cas: celle de ne pas craindre des sacrifices étendus. Chez certains malades, pour un cancer de la face antérieure du scrotum ayant envahi les testicules et la verge, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer « l'émascation totale ». Je rappelle en deux mots les temps dont se compose cette opération réglée par D. Morisani (3): 1° section et ligature des cordons spermatiques; 2° ablation en bloc de la verge et des bourses; 3° dissection de la racine des corps caverneux et suture au périnée

(1) CAUCHOIS, Sarcome névroglie de la tunique vaginale et du testicule (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1872, 3^e série, t. VII, p. 289).

(2) Constantin NICOLOPOULO, Sur un cas d'épithélium primitif de la séreuse vaginale, thèse de Paris, 1895.

(3) D. MORISANI, Enucléation de la sphère externe des organes génitaux mâles (*Journ. intern. des sc. méd.*, 14^e année, 1892) (en italien).

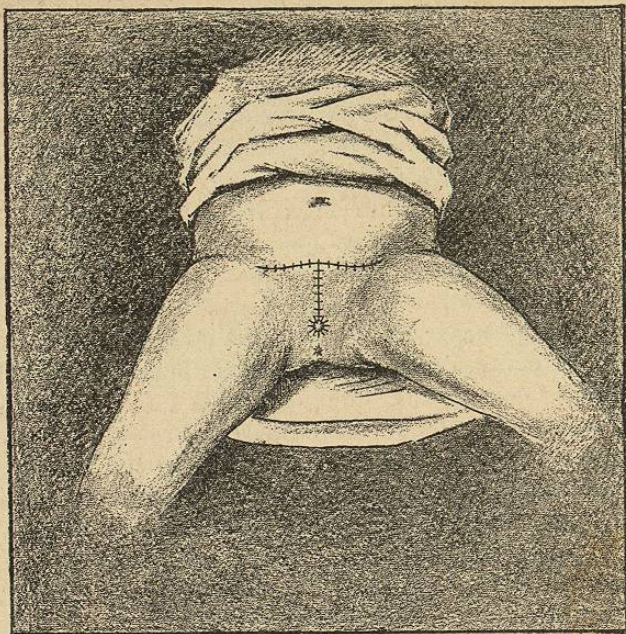


Fig. 226. — Émascation totale; résultat opératoire immédiat (d'après CHALOT et MOUSSARON).

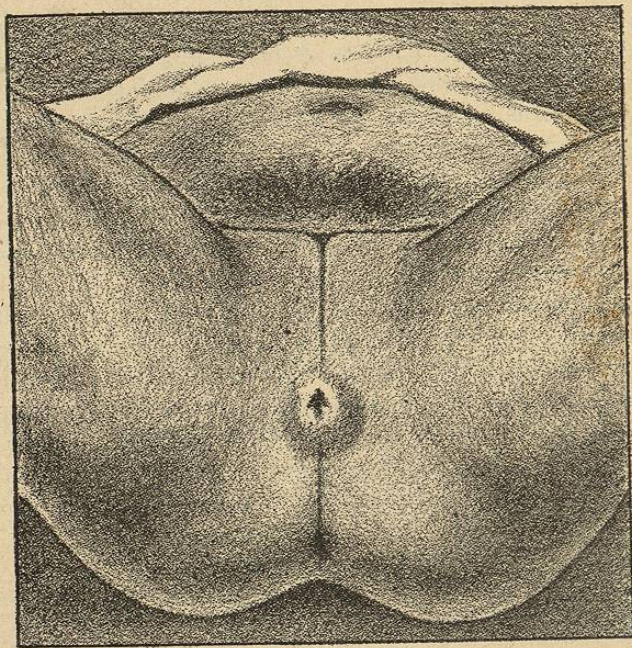


Fig. 227. — Émascation totale; résultat opératoire éloigné (d'après CHALOT et MOUSSARON).

de la surface de section urétrale; 4° évidemment ganglionnaire des deux aines et suture. Les figures ci-contre, empruntées à Moussaron (1), montrent le résultat obtenu par Chalot (de Montpellier) sur un de ses malades (fig. 226 et 227).

Le sarcome de la vaginale n'est justiciable de rien autre chose pour le moment que d'une extirpation large. Jusqu'à ce jour, du reste, les diagnostics l'ont toujours méconnu. Il a toujours récidivé très rapidement dans la cavité abdominale.

II. — TUMEURS BÉNIGNES.

LIPOMES DES BOURSES. — L'histoire du lipome des bourses est très confuse; les cas qui en ont été rapportés diffèrent beaucoup les uns des autres. Il convient d'abord d'éliminer de cette étude les lipomes du périnée qui, en augmentant de volume, peuvent secondairement affecter des rapports avec le scrotum, comme cela est représenté sur une figure de la thèse de Bardou (2) (fig. 228).

On a classé les lipomes des bourses en deux catégories : lipomes du scrotum et lipomes de la vaginale. Les premiers me paraissent tout à fait exceptionnels et je n'en ai pas trouvé d'autre exemple que celui de

Walther; je serais assez porté à dire des seconds qu'ils n'existent point et qu'on les a pris pour des néoplasmes de la vaginale alors qu'ils ne sont, en réalité, que des tumeurs développées autour de la vaginale, adhérentes à elle ou même faisant corps avec elle, ainsi qu'il arrive du péritoine dans certains fibromes de la paroi abdominale. Cette réserve faite, je pense qu'on peut classer les lipomes des bourses en : lipomes superficiels, lipomes intermédiaires et lipomes profonds.

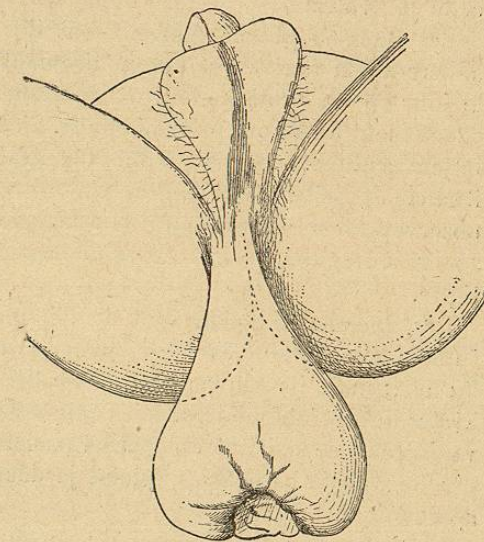


Fig. 228. — Lipome du périnée (BARDON).

(1) Célestin MOUSSARON, De l'émascation totale, thèse de Toulouse, 1894-1895, n° 70, p. 69.

(2) Adrien BARDON, Les lipomes du périnée, thèse de Paris, 1898, n° 609, p. 128.

Les lipomes superficiels sont de deux sortes : les uns sont diffus et, proprement, ne constituent pas une tumeur du scrotum ; ils se continuent avec des masses lipomateuses occupant, sans limites précises, la partie inférieure de l'abdomen, du périnée, de la cuisse ou du pénis : ainsi se présentaient les choses sur le malade opéré par sir Henry Thompson (1) ; les autres constituent de véritables néoplasies sous-cutanées des bourses tout à fait isolées des régions voisines ; dans cette catégorie, je ne vois à placer que le malade observé par Walther (2) : un lipome sous-cutané siégeait à la partie postérieure de la moitié gauche du scrotum ; il était gros comme un œuf de poule, rénitent, un peu lobulé, indolent, mobile sous les téguments ; il siégeait au-dessous et en arrière du testicule gauche, dont il avait la forme, si bien qu'on aurait pu le confondre avec ce testicule lui-même. L'observation de Gross ressemble beaucoup à celle de Walther.

Les lipomes intermédiaires sont des lipomes périvaginaux. Ils adhèrent à la vaginale et, secondairement, au testicule, au point que, le jour où on pratique leur extirpation, il est très difficile de dire exactement où ils ont pris naissance. C'est à cette variété que ressortissent la plupart des cas qui ont été publiés et qu'on trouve cités dans l'article de Schwartz et dans celui de Reclus : telles se présentent les observations de Roussel (3), de Park (de Buffalo) (4). Le malade de Jobert et Deguise portait une tumeur complexe, un fibro-myome kystique.

Les lipomes profonds sont des lipomes péri-herniaires ou péri-funiculaires ; ils sont évidemment extravaginaux, au sens anatomique du mot ; mais ils peuvent, au même titre que les hernies et que les kystes inféro-funiculaires, faire plus ou moins saillie dans la cavité vaginale en se coiffant du feuillet pariétal de la séreuse. J'étudierai plus tard leurs caractères, quand je décrirai les tumeurs du cordon spermatique.

Le diagnostic des lipomes du scrotum n'est pas difficile quand ceux-ci, affectant la forme diffuse, se continuent avec des infiltrations adipeuses du voisinage ou quand, reliés à la paroi abdominale par un pédicule facile à délimiter, ils portent, pour ainsi dire, la signature de leur origine ; mais il en va tout autrement dans les autres cas. Même pour les premiers, d'ailleurs, la confusion est possible : si, en effet, on ne risque pas de les prendre pour une tumeur du testicule, on peut, tout au moins, les confondre avec une épiplocèle irréductible. Au résumé, il faut dire : lipome diffus, diagnostic

(1) HENRY THOMPSON, *Transact. of the path. Society. Lond.*, vol. VI, p. 232.

(2) C. WALTHER, Lipome des bourses (*Bull. de la Soc. anal. de Paris*, 65^e année, 5^e série, t. IV, fasc. 6, oct. 1890, p. 430).

(3) ROUSSEL, *Annals of Surgery*, III, 1886.

(4) PARK, Lipoma testis, etc. (*Philadelphia med. Times*, 15 mai 1886).

facile ; lipome circonscrit, superficiel ou périvaginal, sans pédicule, confusion facile avec un néoplasme testiculaire ; lipome profond, avec pédicule, erreur possible en ce qui concerne une tumeur du cordon spermatique ou une épiplocèle.

Je dois encore signaler, au point de vue du diagnostic des tumeurs des bourses, trois faits assez curieux, récemment rapportés par Fleischer (1), de tumeurs de consistance solide, sans rapport avec le testicule ni avec l'épididyme, observés chez des jeunes gens de vingt et un et de vingt-deux ans. Les malades accusaient comme cause une chute sur l'abdomen et un coup sur le testicule. Mais Fleischer pense qu'il a eu affaire en l'espèce à de simples simulateurs et qu'il ne s'agissait là que d'injections scrotales, à la paraffine ou à la cire, pratiquées sur leur propre personne par des jeunes recrues désireuses de se soustraire au service militaire.

Le lipome est une tumeur bénigne ; il importe donc, quand on en pratique l'ablation, d'opérer d'une manière parcimonieuse, quoique cela soit souvent rendu difficile par le volume de la tumeur qui peut atteindre les proportions d'une tête d'enfant. Le chirurgien, comme dit P. Reclus, « réglera sa conduite d'après le volume, la rapidité d'accroissement et les adhérences de la tumeur », mais il devra tout faire pour séparer la tumeur du testicule ou du cordon spermatique et ne pratiquera la castration qu'en dernier ressort.

FIBROMES DES BOURSES. — Quelquefois se développent superficiellement, dans les bourses, des tumeurs à évolution lente qui grossissent peu à peu, se pédiculisent et se comportent, pourrait-on dire, comme de vrais polypes de la peau : ce sont là des molluscums, de véritables fibro-lipo-myomes dermiques ; Challand, Forster, Reclus en ont observé quelques rares exemples. Ce sont des tumeurs bénignes qui n'atteignent jamais un gros volume, ne dépassant pas celui d'un petit œuf de poule, et dont l'extirpation est tout à fait facile.

Mais, en dehors de ces polypes cutanés, on a signalé, dans l'épaisseur des tuniques scrotales, de véritables fibromes larges, volumineux, ordinairement purs, quelquefois dégénérés. Une chose frappe quand on lit les observations publiées jusqu'à ce jour et la voici : presque toujours, il a été constaté que le néoplasme adhérait à la vaginale et même, sur quelques sujets, qu'il était devenu, pour ainsi dire, intravaginal.

Les malades de M. C. Heath, de Gross, de Baizeau, de Fergusson, de Hitton étaient porteurs de fibromes adhérents à la séreuse ; il en était de même dans les cas observés par Tédénat et rapportés par

(1) FLEISCHER, Tumeurs de consistance solide dans l'épaisseur du scrotum. Communication à la Société de médecine de Kieff (*Presse méd.*, 1896, 1^{er} avril, n^o 27 p. 133).