

qui est rare dans l'ovaire et fréquente dans le testicule, celui de *tumeur embryoïde*. Mais l'une et l'autre renferment les mêmes éléments, c'est-à-dire des représentants des trois feuilletts blastodermiques; l'une et l'autre sont de véritables parasites rudimentaires, et la seule chose qui les sépare c'est « l'enchevêtrement plus ou moins considérable des tissus »; dans l'embryome, on observe une superposition, un agencement quasi typique des trois feuilletts, et une prédominance très marquée de l'ectoderme sur les autres, tandis que, dans la tumeur embryoïde, les feuilletts se confondent d'une façon, pour ainsi dire, inextricable, dans une sorte de « capharnaüm de tissus et d'organes », et c'est le mésoderme qui s'y trouve de beaucoup le plus développé, constituant du reste, par les inégalités de sa prolifération, les différentes variétés de tumeurs mixtes. Mais l'embryome et la tumeur embryoïde ne sont, l'un et l'autre, qu'un embryon avorté, à la genèse duquel peuvent s'appliquer la théorie de la diplogénèse ou, mieux, celle de la parthénogénèse, mais qu'en tout cas il ne faut nullement confondre avec les kystes dermoïdes du sourcil, du scrotum, du périnée, de l'oreille, etc., qui relèvent exclusivement de l'enclavement dermo-épidermique ou dermo-épithélial. Il importe d'insister un peu sur ces derniers points.

On peut, en effet, expliquer la pathogénie des tumeurs tridermiques du testicule par trois hypothèses différentes : 1° par la théorie de l'enclavement blastodermique qui, tout en étant une extension, une généralisation de la théorie de l'enclavement cutané ou muqueux, de laquelle sont justiciables les kystes dermoïdes ou mucoïdes superficiels, n'a cependant rien de commun avec elle dans son application aux faits ; 2° par la théorie de la *diplogénèse*, d'après laquelle l'ovule reçoit plusieurs spermatozoïdes, d'où résultent plusieurs sphères de segmentation, dont l'une, évoluant normalement, donne un embryon complet, tandis que les autres, s'arrêtant plus ou moins loin dans leur évolution, produisent des parties d'embryon plus ou moins accolées à l'être normal et plus ou moins fondues avec lui ; 3° par la théorie de la *parthénogénèse*, qui considère le néoplasme comme tirant son origine de la production asexuée, sans fécondation préalable, d'un nouvel être né dans la glande sexuelle d'un individu adulte.

Je ne puis entrer ici dans les considérations que soulève la discussion de ce difficile et important problème ; mais je dois faire une remarque que voici : c'est que la parthénogénèse « n'a jamais été observée que chez des femelles et qu'elle a toujours eu l'ovule pour point de départ ». Dans ces conditions, pour accepter l'origine parthénogénétique des tumeurs tridermiques du testicule, il faut, comme le fait judicieusement observer Francis Munch, ou bien admettre qu'elles naissent aux dépens des quelques cellules ovulaires égarées dans le parenchyme testiculaire, ou bien considérer les cellules mâles comme capables d'entrer, au même titre que les

cellules femelles, en prolifération parthénogénétique, ce qu'aucun fait n'est encore venu démontrer. Au cas où cette hypothèse se réaliserait un jour, les tumeurs du testicule pourraient être décrites comme étant d'ordre embryogénique, sans être, pour cela, d'ordre congénital.

Si séduisantes que soient ces théories, qui encadrent toute la pathologie néoplasique du testicule dans l'histoire des premières formations de la glande génitale ou dans l'activité que celle-ci déploie à former spontanément d'autres êtres, et qui font remonter le processus à la procréation de la glande ou à la procréation par la glande, on ne peut s'empêcher d'être frappé des lacunes qu'elles présentent. Elles n'expliquent pas, par exemple, comment la tumeur tridermique peut indifféremment revêtir les allures bénignes d'un kyste dermoïde vulgaire (c'est rare) ou bien l'extrême gravité d'un cancer à récurrence presque fatale. Enfin, elles viennent se heurter à cette objection, la plus embarrassante de toutes : pourquoi le sommeil prolongé de ces germes qui se réveillent un jour pour former des cancers ?

C'est précisément dans la solution de ces deux problèmes qu'intervient l'influence de l'agent provocateur, de l'irritation microbienne, de l'infection. On trouvera exposée dans l'article de E. Quénu (1) et dans celui de Pierre Delbet (t. I, p. 426) une discussion très sage et très documentée de cette question si complexe et si difficile de la microbiologie et de la spécificité du cancer. Quoique, depuis le jour où ils ont été l'un et l'autre écrits, la question ne me paraisse pas avoir fait un grand pas et que je ne trouve point, dans les travaux publiés depuis cette époque, un seul document auquel on ne puisse opposer les objections déjà formulées, je ne puis m'empêcher de penser que là pourtant est la solution du problème si complexe de la pathogénie du cancer. Comment, aujourd'hui, voir dans le néoplasme autre chose qu'une réaction cellulaire d'ordre, d'intensité et de caractères variables, sous l'influence de parasites dont il est possible que la multiplicité des genres ait jusqu'ici précisément dérouter les observateurs ? En tous cas, le lecteur lira avec fruit les travaux ci-dessous énumérés (2).

(1) E. QUÉNU, art. TUMEURS du *Traité de chirurgie* de DUPLAY et RECLUS, 2^e édit., t. I, p. 390 ; chez Masson, Paris, 1899.

(2) M. JURGENS, Les protozoaires du cancer (*Soc. de méd.*, Berlin, 2 nov. 1898 ; *Sem. méd.*, 9 nov. 1898, n^o 56, p. 455). — P. REBREYEND, La théorie infectieuse du cancer d'après quelques travaux récents (*Presse méd.*, 16 août 1899, n^o 65, p. 48). — A. BRANCA, Recherches sur la cicatrice épithéliale, thèse de Paris, 1894. — E.-J. BOSCH, Histogénèse, étiologie, prophylaxie et inoculation du cancer (*Sem. méd.*, 10 avril 1898, n^o 21, p. 166). — L.-J., Travaux récents sur le cancer (*Méd. moderne*, 17 mai 1899, n^o 39, p. 308). — PODWYSSOTZKI, Étude expérimentale sur le parasitisme des tumeurs (*Presse méd.*, 14 février 1900, n^o 13, p. 77). — P.-J. BAC, A propos de l'organisme parasite du cancer ; rép. à Podwyssotzki (*Presse méd.*, 17 mai 1899, n^o 39, p. 232). — BRA, D'un champignon parasite du cancer (*C. R. hebdomadaire des séances de la Soc. de biologie*, 18 nov. 1898, n^o 35, p. 1050). — J. CHEVALIER, Le cancer maladie parasite, thèse de Paris, 1899, n^o 670. — FABRE-DOMERGUE, Les cancers épithéliaux.

Étiologie. — Les tumeurs du testicule sont relativement rares ; elles représentent 2 p. 100 des cancers à peu près. Un seul caractère leur est spécial : la tendance qu'elles ont à frapper les enfants (5 cas sur 51), à s'abattre sur les adultes pendant toute la période d'activité sexuelle (11 cas de 20 à 30 — 22 cas de 30 à 40) et à épargner, ainsi que le vieillard et l'homme au déclin de la vie génitale (6 cas de 40 à 50 — 6 cas de 50 à 70), l'adolescence et la puberté (1 cas de 15 à 20).

Il y a là deux faits d'une certaine importance, qui n'appartiennent pas à l'histoire générale du cancer, et qui concordent assez bien avec ce que j'ai dit de la pathogénie des néoplasmes du testicule : la proportionnalité relativement élevée de l'enfance et de la période de vie génitale.

Des conditions qui favorisent le développement des tumeurs du testicule, nous ignorons tout, sauf ceci, c'est qu'elles affectionnent particulièrement les glandes ectopiques.

A noter, au point de vue de l'hérédité, que, dans certaines familles, on a vu alterner les néoplasmes avec les tératomes. J'ai déjà dit que l'un et l'autre n'étaient, sans doute, qu'une seule et même chose.

Anatomie pathologique. — Il existe deux sortes de tumeurs tridermiques du testicule : les *tératomes néoplasiques* (tumeurs embryoides) où l'embryon forme une masse compacte, laquelle peut être creusée de kystes ; les *tératomes dermoïdes* (embryomes) où l'embryon est enkysté. Dans le premier cas, dit Francis Munch, s'il y a des kystes, ils sont dans l'embryon ; dans le second, c'est l'embryon qui se trouve dans le kyste.

A. **Tumeur embryoïde.** — Appelons-la encore : tumeur mixte, cancer du testicule.

Quoique, d'après ce que j'ai dit, l'élément épithélial et l'élément conjonctif s'y doivent toujours rencontrer, la part inégale qu'ils prennent l'un et l'autre au développement de la tumeur, suivant les cas, et les variétés différentes qu'y affecte la morphologie cellulaire, obligent à établir des divisions. Si, en effet, la nature intime du néoplasme est toujours la même, l'aspect sous lequel se présente celui-ci varie suivant les cas.

1. **Néoplasmes à prédominance épithéliale.** — Il y en a deux variétés : 1° le *carcinome* ; 2° la *maladie kystique*.

a. **Carcinome.** — Au point de vue macroscopique, les carcinomes du testicule se révèlent à nous sous deux formes : un cancer dur et un cancer mou.

Le *squirre* du testicule, ou cancer dur, est très rare, si rare, même, que son existence a été mise en doute par Rindfleisch ; cependant les cas de Fœrster, Verneuil, Nepveu, Dolbeau, semblent caractéristiques. Le squirre constitue une tumeur petite, dure, irrégulière, diminuant le testicule dans tous ses diamètres, englobant quel-

quefois l'épididyme, envahissant souvent la vaginale. A la coupe, le tissu est dur, criant sous le scalpel, jaunâtre ou grisâtre, avec, quelquefois, des points hémorragiques. A la périphérie de la masse, on peut retrouver la vaginale, très épaissie, atteignant 2-3-4 millimètres d'épaisseur. Du corps d'Highmore, augmenté de volume, dur, transformé en une sorte de noyau fibreux, partent des tractus scléreux, irradiant en tous sens vers l'albuginée, qui est intacte ou atteinte par le processus néoplasique, souvent sclérosée par un processus inflammatoire particulier.

L'*encéphaloïde* ou cancer mou, plus fréquent que le squirre, présente des caractères macroscopiques absolument opposés. Le testicule est fortement augmenté de volume, capable de peser jusqu'à 4 kilos, comme dans le cas de Legarec, ovoïde, plus ou moins irrégulier, de consistance inégale. La peau est souvent atteinte par le processus néoplasique ; il y a une ulcération, un fungus avec tous ses caractères de malignité. La vaginale est souvent remplie de liquide et, plus souvent encore, cloisonnée par des adhérences. Celui-ci est tantôt citrin clair, tantôt, et plus fréquemment, foncé, couleur chocolat. Le testicule apparaît sur la coupe comme une masse rose pâle ou jaune pâle, coupée en tous sens par des tractus fibreux, avec, çà et là, des ponctuations hémorragiques, des taches ecchymotiques et des points jaunâtres, signe de dégénérescence locale du néoplasme.

Au point de vue microscopique, le tissu néoplasique comprend, dans les deux cas, squirre et encéphaloïde, un réticulum conjonctif et des cellules polymorphes. Dans le squirre, le tissu conjonctif est adulte, vraiment fibreux ; les cellules sont rares, les alvéoles étroits ; dans l'encéphaloïde, les alvéoles sont larges, les cellules abondantes, le réticulum est embryonnaire ; souvent, même, les travées de ce réticulum sont si peu différenciées et les cellules apparaissent si abondantes, que la préparation ressemble, au premier examen, à un sarcome. Les alvéoles du carcinome semblent être en rapport intime avec les lacunes lymphatiques ; en tous cas, M. Ranvier a montré que, dans les carcinomes en général, les alvéoles communiquent avec les voies lymphatiques ; ce fait nous explique, pour le testicule, l'évolution si différente des deux formes de carcinome : la généralisation est rapide dans l'encéphaloïde, où les alvéoles sont larges et les cellules nombreuses ; lente, au contraire, dans le squirre où les alvéoles sont étroits et les éléments cellulaires peu nombreux.

La dégénérescence granulo-graisseuse n'est pas rare dans l'encéphaloïde ; produisant, ici, ces plaques jaunâtres, moins résistantes que le reste du néoplasme, là, par résorption ou élimination des produits nécrosés, une cavité, un kyste rempli de liquide séreux, séro-sanguinolent, rougeâtre ou brunâtre.

L'évolution anatomique des carcinomes du testicule peut être

divisée schématiquement en trois phases comprenant : 1° l'extension locale; 2° l'extension ganglionnaire; 3° l'extension viscérale. Pendant la phase d'extension locale, l'albuginée, les tuniques des bourses sont successivement envahies, des adhérences avec les enveloppes s'établissent, un fungus malin ne tarde pas à se créer. A l'extension ganglionnaire correspond l'envahissement des chaînes lymphatiques lombaire, puis prévertébrale, dont les ganglions indurés, tuméfiés, constituent des masses quelquefois très volumineuses. Les métastases viscérales, enfin, ne tardent pas à se produire vers le foie, le mésentère, le péritoine, le thorax; elles caractérisent la période d'extension viscérale.

b. Maladie kystique. — Au point de vue macroscopique, le volume de la tumeur kystique est plus ou moins considérable, quelquefois énorme : tel le cas de Curling, où le néoplasme mesurait 15 centimètres de long sur 9 de large; le poids peut atteindre alors 400 à 500 grammes. Les bourses sont distendues; un réseau veineux variqueux s'y manifeste quelquefois. Du reste, les veines du cordon participent aussi à la dilatation. La vaginale contient peu de liquide, tapissée qu'elle est par des néoformations qui cloisonnent en tous sens sa cavité. La tumeur est de consistance inégale, avec des points presque fluctuants. Le testicule, nettement séparable de la tumeur au début de la maladie, devient de moins en moins facile à explorer, ratatiné, atrophié qu'il est par le développement souvent énorme des kystes. Sur une coupe, l'albuginée se retrouve, considérablement amincie, à la périphérie de la tumeur. Du corps d'Highmore partent, pour se diriger en tous sens, des travées fibreuses, anastomosées sous des angles divers, limitant ainsi des cavités dont les unes sont grandes, les autres petites. Ces cavités contiennent un liquide tantôt transparent, tantôt louche, quelquefois même un magma plus ou moins épais, brunâtre ou rougeâtre. Certains kystes, intéressés par la coupe, vident leur contenu et s'affaissent; d'autres, au contraire, non ouverts, laissent bomber leur paroi au-dessus de la surface de section. Cette paroi prend alors des teintes irisées, bleuâtres ou opalines (Trélat). Ajoutons que certains alvéoles, au lieu de contenir des kystes, sont remplis par des masses polypeuses particulières. Enfin, sous l'albuginée et à la périphérie de la région kystique, une zone de trame rougeâtre, plus ou moins épaisse, est toujours visible. Le microscope permet de reconnaître dans cette zone périnéoplasique les tubes séminifères normaux du testicule, refoulés par la tumeur.

Le stroma de celle-ci, la trame fibreuse, est formée par des faisceaux de fibrilles conjonctives avec, çà et là, des fibres élastiques plus ou moins en réseau. On y a signalé même des fibres musculaires lisses. Entre ces faisceaux connectifs s'étalent des cellules fixes du tissu conjonctif, et rampent quelques vaisseaux sanguins. En plus, signalons des amas de cellules rondes embryonnaires, blanchâtres, ressem-

blant plus ou moins à des perles, véritables globes épidermiques produits par la stratification de cellules (tumeurs perlées de Cruveilhier) libres dans les cavités kystiques ou bien incluses dans les parois. La poche des kystes est constituée par des cellules polymorphes reposant sur un tissu conjonctivo-élastique très dense. Ces cellules de revêtement peuvent être plates, polygonales, cylindriques simples, avec ou sans plateau, avec ou sans cils vibratiles, enfin caliciformes (cette variété étant de beaucoup la plus fréquente). Elles forment, dans l'intérieur de la cavité, des bourgeonnements villosités. Le contenu des kystes est formé par un liquide tenant en suspension, soit des granulations graisseuses, soit des cellules détachées de la paroi, et plus ou moins dégénérées. Ce liquide est variable : fluide ou visqueux, transparent ou opaque, citrin ou noirâtre, limpide ou graisseux. On y trouve des masses nacrées.

c. Genèse et parenté du carcinome et de la maladie kystique. — Le mémoire de Pilliet et Costes a jeté une grande clarté sur les tumeurs du testicule à prédominance épithéliale. Épithélioma et maladie kystique, cela ne fait qu'un, étant entendu qu'on distrait de la maladie kystique, ces kystes, ces cavités qui naissent, au sein d'un néoplasme quelconque, d'un processus de nécrobiose, et qui ne sont pas autre chose que le résultat d'une élimination, d'une liquéfaction, par dégénérescence granulo-graisseuse, d'une partie de la masse morbide. Pilliet et Costes ont donc démontré que les néoplasmes du testicule à prédominance épithéliale forment trois espèces différentes.

La première se constitue en une tumeur volumineuse, alternativement dure et molle, formée d'un stroma parsemé de nodules cartilagineux et crétacés et d'un grand nombre de kystes dont le volume peut dépasser celui d'une noix. Dans ces kystes on trouve soit du mucus concret, pris en gelée, soit de la matière sébacée, soit du sang. C'est l'*épithélioma ovulaire*, le type de la tumeur à tissus multiples; il naît aux dépens des ovules aberrants qu'on rencontre, jusqu'à l'âge adulte, dans le parenchyme testiculaire au voisinage du corps d'Highmore; il ressemble tout à fait aux tumeurs complexes de l'ovaire et, comme ces dernières, se développe, sans doute, par un simple phénomène de parthénogénèse.

La seconde forme une tumeur toujours plus petite (œuf de dinde), formée d'un stroma conjonctif mince et creusée d'une grande quantité de kystes dont les plus gros ne dépassent pas le volume d'une tête d'épingle noire. Le contenu de ces kystes est uniformément muqueux et colloïde. C'est l'*épithélioma kystique*, la *maladie kystique* du testicule, l'*épithélioma wolffien*; il se développe dans les canaux wolffiens, tubes creux qui, sous l'albuginée, au niveau du corps d'Highmore, ont manqué leur anastomose avec les ampoules séminifères, tubes pleins; il est formé de cellules cylindriques; il a une évolution kystique.

La troisième, intermédiaire comme volume aux deux précédentes, et, comme elles, encapsulée dans la glande, est une tumeur solide qui ne se creuse de kystes qu'accidentellement, par hémorragie et dégénérescence granulo-graisseuse. Elle est formée d'un stroma conjonctif épais, lequel limite des logettes, des cavités qui sont remplies, soit d'une substance ferme, homogène, jaunâtre, ressemblant aux gommes tuberculeuses, soit, si la dégénération est intervenue, d'un suc blanc, grisâtre, pulpeux, quelquefois mêlé de sang. C'est l'*épithélioma séminifère*; il se développe, toujours au même point du parenchyme testiculaire, dans les tubes séminaux pleins, dans les ampoules séminifères qui ont manqué leur jonction avec les conduits wolffiens; il est formé de cellules spermatomériques; il évolue comme une tumeur solide. Et cette tumeur solide présente deux phases évolutives :

Dans une première phase, la paroi du tube séminifère n'est pas atteinte par le processus destructeur; il y a alors simple prolifération intratubulaire (*épithélioma typique*).

Dans une seconde phase, la paroi du tube s'infiltré de cellules rondes, petites, qui proviennent, sans doute, de la prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif, et transsudent peu à peu autour de la gaine lamellaire du tube; cette transsudation devient de plus en plus abondante; la gaine se dissocie progressivement, est bientôt détruite, et les ovules mâles se répandent dans le tissu ambiant, creusant des vacuoles dans le tissu conjonctif du testicule dont les cloisons deviennent ainsi les travées de l'*épithélioma séminifère (épithélioma atypique)*.

On conçoit, d'ailleurs, sans peine, que l'évolution épithéliale puisse se faire concurremment dans les ampoules séminifères et dans les canalicules wolffiens, constituant ainsi une tumeur complexe, polymorphe, tout à la fois et, suivant les points, solide et kystique.

2. **Néoplasmes à prédominance conjonctive.** — Je répète qu'il n'existe vraisemblablement pas de tumeur conjonctive pure du testicule et que les sarcomes, les chondromes, les lymphadénomes qu'on a décrits jusqu'à ce jour dans cet organe n'étaient autre chose que des tumeurs mixtes dans lesquelles l'élément épithélial fut ignoré ou méconnu. Je vais les décrire d'après les documents classiques que nous possédons, avec la conviction que, d'ici quelques années, ce chapitre sera à remanier tout entier. Je n'en veux comme preuve que cette observation de Jeanne (1) d'« une maladie kystique » qui récidive huit mois après l'ablation sous forme d'un « sarcome télangiectasique ». N'y a-t-il pas là la preuve de la complexité des tumeurs du testicule, complexité que le microscope ne pénètre pas toujours, car l'examen ne saurait porter sur tous les points de la tumeur, mais que la clinique révèle dans certains cas d'une manière péremptoire.

(1) JEANNE, Maladie kystique du testicule (*Bull. de la Soc. anat.*, juin 1896, LXXI^e année, 5^e série, t. X, fasc. 14, p. 464).

Ceci doit donc être bien entendu que, quand je parle, dans ce chapitre, de sarcome, de chondrome, de myome, etc., etc., c'est toujours de tumeur mixte qu'il s'agit et qu'il faut entendre ces termes de la manière suivante : tumeur mixte apparemment et préféremment sarcomateuse, chondromateuse, *myomateuse*, etc.

a. **Sarcome.** — Au point de vue macroscopique, le sarcome se présente sous deux formes : le sarcome mou et le sarcome dur. Le sarcome mou a bien des points de ressemblance avec l'encéphaloïde, mais les kystes ici sont plus fréquents. Le sarcome dur se distingue plus facilement du squirre par l'absence des travées fibreuses cloisonnant la tumeur, et aussi par le défaut d'épaississement de l'albuginée.

Au point de vue microscopique, le sarcome du testicule présente deux éléments : des cellules, une substance intercellulaire. Les cellules peuvent se présenter sous trois aspects : les unes sont rondes, petites ou grandes, nettement nucléées; les autres sont fusiformes, à noyau ovalaire; les dernières, enfin, profondément, sont ramifiées et constituent les cellules mères de Muller, les myéloplaxes de Robin, les cellules géantes de Virchow, les cellules vaso-formatrices de Malassez. Ces trois sortes de cellules sont plongées dans une substance tantôt amorphe, tantôt nettement, mais finement, fibrillaire. Dans ce dernier cas, elles semblent enfouies dans un réseau alvéolaire (ainsi se constitue le sarcome alvéolaire de Billroth). Ajoutons, enfin, l'existence de nombreux capillaires embryonnaires au sein de la masse sarcomateuse.

Du groupement de ces cellules et de l'aspect de la substance intercellulaire résultent les modalités anatomiques du sarcome testiculaire pur : aussi décrit-on un sarcome globo-cellulaire ou médullaire, un sarcome fuso-cellulaire, un sarcome à myéloplaxes ou sarcome angioplastique de Malassez et Monod.

Ajoutons, enfin, l'altération possible du parenchyme du néoplasme, altération créant de nouvelles variétés anatomo-cliniques. Dans cet ordre de sarcomes dégénérés, entrent les sarcomes avec points calcifiés, les sarcomes à zones opaques ou grisâtres résultant d'une transformation granulo-graisseuse locale, enfin les sarcomes atteints de dégénérescence kystogène, d'où la production de cavités remplies d'un liquide plus ou moins hématisé.

L'évolution anatomique du sarcome testiculaire comprend une première phase de prolifération cellulaire, de compression et de refoulement du parenchyme glandulaire, lequel, pendant un certain temps, continue à accomplir sa fonction. Dans une seconde phase, ou phase de diffusion, le parenchyme glandulaire est progressivement détruit et la tumeur, à qui l'albuginée forme comme une cuirasse qui l'empêche d'atteindre la peau, se développe dans son étui fibreux, perfore la paroi des vaisseaux de la glande et, trouvant dans l'albuginée une barrière à son extension vers la peau, emprunte la voie sanguine et

va se diffuser dans tout l'organisme, créant partout des embolies sarcomateuses, qui s'arrêtent le plus souvent dans le poumon, mais peuvent quelquefois atteindre le foie ou le cerveau.

b. Lymphadénome. — Il est constitué par du tissu adénoïde de nouvelle formation.

Macroscopiquement, la tumeur lymphadénique est plus ou moins volumineuse, souvent bilatérale, ovoïde, de consistance uniforme, ferme, élastique. A la coupe, la tumeur présente une surface homogène, mais si on examine la surface de section de plus près, on aperçoit des travées fibreuses partant du corps d'Highmore et rayonnant dans toute la masse, divisant ainsi le néoplasme en lobes secondaires. Tantôt l'épididyme est englobé par le néoplasme, tantôt il est intact, mais refoulé plus ou moins en arrière : tels les cas de Schwartz et de Maunoury.

Microscopiquement, le lymphadénome est dit régulier ou irrégulier. Le type pur comprend un réticulum et des éléments cellulaires. Le réticulum, qui n'est jamais l'image parfaite du réticulum normal, est représenté par un lacis de fibres anastomosées en tous sens, lacis très serré dans les zones périvasculaires. Ça et là, sur le lacis, s'étalent des cellules endothéliales. Pour mettre facilement en évidence ce réticulum très fin, il faut, comme le conseille Malassez, débarrasser la coupe des cellules qui cachent le réticulum ; par la manœuvre du pinceau, il est facile de vider les vacuoles des cellules dont elles sont remplies. Les cellules ainsi isolées sont rondes, les unes petites à un seul noyau, de 10 μ environ, les autres grandes, de 20 à 25 μ , et souvent polynucléées. Les types irréguliers du lymphadénome se constituent par l'exagération de l'un ou l'autre de ces éléments : on trouve des lymphadénomes à prédominance réticulaire et des lymphadénomes à prédominance cellulaire. Ces derniers portent encore le nom de lymphosarcomes. La généralisation du lymphadénome est extrêmement rapide. Pour Monod et Terrillon, c'est, de toutes les néoplasies testiculaires, celle dont l'évolution est la plus rapide. Mais j'ai déjà dit que, sans doute, le lymphadénome ne devait, pas plus que les autres tumeurs, exister à l'état de néoplasme pur du testicule.

c. Chondrome. — Le chondrome, tumeur formée de tissu cartilagineux, présente dans le testicule deux aspects macroscopiques. Dans une première forme, on se trouve en présence de nodosités plus ou moins volumineuses, ne s'énucléant pas des tissus voisins et, en quelque sorte, diffuses ; dans la seconde forme, on reconnaît des masses arrondies ou ovoïdes, allongées, séparées par des travées conjonctives et comme circonscrites par elles. Dans l'un et l'autre cas, c'est bien à du tissu cartilagineux que l'on a affaire, et le néoplasme tranche, par sa fermeté, son élasticité, sa coloration, sur les tissus circonvoisins. A la coupe, la tumeur se présente avec des teintes

bleuâtres ; la section est toujours lisse et plane. L'épididyme est tantôt intact, tantôt envahi. Dans un cas de Paget, on pouvait sentir, à la partie inférieure du cordon, des nodules cartilagineux.

Microscopiquement, on trouve des cellules rondes ou ovales, à noyau central, à protoplasma souvent chargé de glycogène, à capsule épaisse. Ces cellules sont plongées, le plus souvent, dans une matière amorphe. Souvent les capsules cartilagineuses sont groupées en petits amas comprenant, au centre, une grosse capsule renfermant la cellule mère et, à la périphérie, les capsules plus petites limitant les cellules filles. Tel est le type pur de l'enchondrome qui, en général, refoulerait simplement le parenchyme glandulaire, lequel pendant longtemps conserverait son pouvoir sécréteur.

Ajoutons, enfin, que les chondromes peuvent évoluer partiellement, soit vers la calcification, soit vers la dégénérescence caséuse et granuleuse, d'où la formation de kystes. Faut-il reparler des variations si nombreuses dans l'aspect clinique des chondromes qui, en réalité, se présentent à l'histologiste, non pas comme des tumeurs cartilagineuses vraies, mais comme des cysto-chondro-myxo-sarcomes, et qui, de plus, paraissent toujours associés à la maladie kystique ou bien au carcinome ?

d. Myome, Ostéome, Fibrome, Myxome. — Enfin, à titre tout à fait exceptionnel, on peut rencontrer dans le testicule des myomes (rhabdomyomes et lyomyomes), des ostéomes, des fibromes, et même des myxomes. Ces tumeurs ne sont jamais à l'état de pureté.

Tels se présentent les néoplasmes du testicule. Malgré l'étiquette sous laquelle chacun d'eux a été désigné, il faut se rappeler qu'ils forment toujours des tumeurs bâtardes, composées, où se trouvent constamment représentées la cellule épithéliale et la trame conjonctive ; cette trame elle-même est, pour chaque cas particulier, très complexe et très diverse ordinairement. La tumeur prend le nom, non pas du tissu qui la compose, mais du tissu qui domine dans son parenchyme hétérogène.

B. Embryome (tératome, kyste dermoïde, parasite rudimentaire). — Ainsi que je l'ai déjà dit (1) en décrivant les tumeurs des bourses, cela est une erreur de confondre dans une même description, ainsi que le font tous les auteurs, les kystes dermoïdes du scrotum et les kystes dermoïdes du testicule. Les premiers, tout à fait indépendants de la glande génitale, sont le résultat d'un simple enclavement cutané, et méritent proprement le nom de kystes dermoïdes ; les seconds sont intra- ou paratesticulaires, ne contractent avec les bourses que des adhérences secondaires, sont sous la dépendance de la diplogénèse ou de la parthénogénèse, ne dépendent en rien de l'enclavement cutané et constituent de véritables tératomes, des embryomes.

(1) Pierre SEBILEAU, *Traité de chirurgie* publié sous la direction de LE DENTU et P. DELBET, t. IX, p. 823.