

A l'état de développement où, d'habitude, le chirurgien est appelé à l'examiner, le kyste du testicule forme une tumeur arrondie, lisse et régulière, rarement bosselée, molle et fluctuante, ou tendue rénitente, suivant le degré de pression du liquide, transparente ou opaque, fixée à la proue de l'appareil épидидymo-testiculaire, mais séparée et isolée de lui par un sillon plus ou moins marqué, et formant avec lui, dans le scrotum, une sorte de brioche renversée dont la glande génitale, placée en bas et en avant, représente la petite extrémité.

Très peu de symptômes subjectifs : pesanteur, gêne, tiraillements dans le scrotum et la région inguinale ; encore sont-ce là phénomènes inconstants qui manquent chez beaucoup de malades.

Les kystes de l'épididyme sont des tumeurs bénignes par excellence ; ils ne sont sujets qu'à une seule complication : l'inflammation. En dehors des traumatismes chirurgicaux (ponction), je ne crois pas que celle-ci aille jamais jusqu'à la suppuration ; elle reste légère, s'atténue au bout de quelques jours, mais laisse sa trace sous forme d'un épaissement de la paroi qui, plus tard, par rupture des vaisseaux des néomembranes, peut produire une hématocele intrakystique. Ces lésions d'inflammation chronique peuvent aller jusqu'à la calcification des parois, ainsi que Roché (de Toucy) (1) en a publié un exemple. On a vu le kyste se rompre et vider son contenu dans la vaginale sous l'action d'un traumatisme intense.

**Diagnostic.** — Il n'y a guère à confondre les kystes de l'épididyme qu'avec les vaginalites : avec les vaginalites séreuses, si la paroi du kyste est souple et mince ; avec les vaginalites plastiques, si la paroi est rigide et épaisse. J'ai longuement insisté sur les éléments du diagnostic en décrivant l'hydrocele et l'hématocele de la tunique vaginale ; je ne puis y revenir ici. Je tiens seulement à insister encore sur ce fait qu'on s'exposerait à de sérieux mécomptes si, selon le conseil des classiques, on faisait fonds en tous cas, pour le diagnostic différentiel, sur la position du testicule par rapport à la masse liquide. J'ai montré, dans une leçon publiée par la *Presse médicale* en 1897, combien variable était cette topographie, et j'ai longuement étudié les faits anatomiques sur lesquels reposent ses aberrations apparentes. Après M. Le Dentu qui, naguère, attira mon attention sur ces faits, M. Reclus, dans la première édition du *Traité de chirurgie* (2), a rapporté quelques faits qui montrent combien est trompeuse la position du testicule.

En résumé, il n'y a souvent pas d'autre moyen d'assurer le diagnostic que de pratiquer une ponction exploratrice et d'examiner le

(1) ROCHÉ (de Toucy), Kyste du cordon à parois calcifiées (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, avril-mai 1889, t. III, fasc. 14, p. 347).

(2) P. RECLUS, *Traité de chirurgie* de S. Duplay et P. Reclus, 1<sup>re</sup> édit., t. VIII, p. 237 ; chez Masson, Paris, 1890.

liquide. Encore, cela peut-il ne pas trancher la question, si, par exemple, on retire de la sérosité citrine, ce qui est le cas pour les kystes sous-épididymaires, qui contiennent un liquide absolument analogue à celui de l'hydrocele. Le diagnostic s'impose si le liquide est incolore, clair et limpide comme de l'eau. S'il est opalin et lactescent, il faut, pour se mettre à l'abri de toute cause d'erreur, en faire l'examen microscopique et y rechercher les spermatozoïdes, car le contenu d'une hydrocele filarienne pourrait donner le change. Il est bon, d'ailleurs, de noter la coexistence possible des kystes de l'épididyme et de l'hydrocele ; ce point a fait l'objet de la thèse de Pages (1).

**Pronostic.** — Absolument bénin. Le kyste est quelquefois douloureux ; il peut devenir gênant par son volume.

**Traitement.** — Les kystes épидидymaires guérissent très bien, quand ils ne sont pas altérés et que leurs parois ne sont pas épaissies, par la ponction suivie d'injection iodée, et c'est là, me semble-t-il, le traitement de choix qui leur convient. La plupart des chirurgiens préfèrent leur appliquer ce qu'ils appellent la « cure chirurgicale » (ablation au bistouri) ; l'une et l'autre méthode m'ont toujours également réussi. La première, qui nécessite un très modeste appareil, est un peu délaissée. En tous cas, il est évident que la seconde est seule indiquée dans tous les cas où le kyste a été modifié par une complication quelconque et où le diagnostic n'est pas solidement établi.

## MALADIES DU CORDON SPERMATIQUE

### MALADIES TRAUMATIQUES.

**PLAIES.** — De toutes les plaies du cordon spermatique, les *plaies par instruments tranchants* sont les plus fréquentes ; on ne les observe guère, du reste, en dehors de l'action chirurgicale et des mutilations volontaires.

Les *plaies contuses* se résument, pour ainsi dire, aux plaies par morsures et par armes à feu.

Il est impossible de séparer l'histoire des unes et des autres de celle des plaies des boursès que j'ai déjà décrites. Souvent, en effet, sauf dans quelques plaies par armes à feu, la section du cordon spermatique s'accompagne de la section complète des enveloppes marsupiales, et c'est d'une véritable émasculatation accidentelle qu'il s'agit ; quelquefois, les bourses ne restent rattachées au pubis que par un mince pédicule.

L'avenir du testicule dépend de l'importance du traumatisme.

(1) PAGES, Coïncidence des kystes de l'épididyme et de l'hydrocele, thèse de Paris, 1894.

Lorsque le canal déférent seul, ou bien le canal déférent avec quelques veines, a été endommagé, la vitalité du testicule n'est pas compromise. Quand, au contraire, la plaie a intéressé l'artère spermatique en même temps que le faisceau des veines, la glande tombe en gangrène; cette gangrène peut être une simple nécrose aseptique, une véritable dégénérescence atrophique du testicule, ou bien une gangrène suivie de suppuration et d'élimination. Cela dépend exclusivement de l'infection qu'a pu subir ou à laquelle a pu échapper la région blessée. Je rappelle à ce propos les expériences si intéressantes de Chauveau dont j'ai déjà parlé en traitant la « torsion du cordon spermatique ». Il paraît certain, malgré les expériences de Lesine (1) sur les chiens, que la conservation, autour du canal déférent, de l'artère déférentielle, ne suffit ordinairement pas à assurer la vitalité du testicule; les expériences d'Albarran et Motz (2), de David de Drezigné (3), ainsi que les nombreux cas d'atrophie observés chez l'homme après la section malheureuse de l'artère spermatique, à l'occasion de la ligature ou de la résection des veines spermatiques, en font suffisamment foi. Il est possible, du reste, qu'il faille, dans l'évolution des troubles trophiques du testicule consécutifs aux plaies du cordon, faire jouer un certain rôle à la section des nerfs. Dans une revue récente, P. Mauclair (4) rapporte qu'Obolenski (5) a vu, sur des lapins et des chiens, survenir l'atrophie du testicule quelques semaines après l'excision des nerfs du cordon, tandis qu'après la même opération, Rjewalski (6) n'aurait observé aucun trouble. Il est bien difficile d'appliquer sérieusement à l'homme des expériences aussi contradictoires et il ne serait pas sans témérité de faire fonds sur les prétendues observations d'atrophie du testicule constatées dans le « ramollissement médullaire, et certaines lésions cérébrales ou cérébelleuses ».

Les plaies du cordon spermatique déterminent une hémorragie d'importance très variable suivant le nombre et la qualité des vaisseaux atteints, mais presque toujours assez sérieuse. Si la plaie des téguments est petite, le sang s'infiltré dans le tissu cellulaire du cordon et y forme une sorte d'épanchement auquel on donne le nom d'*hématocèle funiculaire*, dont je décrirai plus loin les caractères.

(1) LESINE, Recherches expérimentales sur les modifications qui se produisent dans la prostate à la suite de la castration (*Sem. méd.*, 23 sept. 1896, n° 48, p. 387).

(2) ALBARRAN et MOTZ, Opérations expérimentales pratiquées sur l'appareil génital pour amener l'atrophie de la prostate (*Congrès d'urologie*, 1897, p. 95).

(3) DAVID DE DREZIGNÉ, De la résection des canaux déférents et de la ligature du cordon, etc. (*Presse méd.*, 6 févr. 1897, n° 1, p. 60).

(4) P. MAUCLAIRE, Traitement de la tuberculose épидидymo-testiculaire par les ligatures et les sections des éléments du cordon spermatique.

(5) OBOLENSKI, Die Durchschneidung der Nervus spermaticus und deren Einfluss auf der Hoden (*Centralbl. für die med. Wissensch.*, 1867, n° 32).

(6) RJEWALSKI, Recherches expérimentales sur la castration (*Presse méd.*, 1895, p. 508).

Rien n'est donc plus variable de gravité que les plaies du cordon. J'ai observé un malade qui, ayant eu le canal déférent sectionné au cours d'une cure radicale de hernie, souffrait beaucoup au moment de l'excitation génitale; je me rappelle avoir lu une observation analogue il y a quelques années, dans un journal américain, le *Medical News*, je crois.

Lier chacun des vaisseaux qui saignent, si on le peut; à la rigueur, pratiquer la ligature en masse du cordon spermatique. L'infection est facile et fréquente; elle favorise la gangrène et la perte du testicule; tout faire pour la prévenir. Parlavecchio (1), ayant déchiré le canal déférent au cours d'une cure radicale de hernie, en tailla les deux bouts en bec de flûte et les sutura l'un à l'autre à la Lembert. Se soudèrent-ils ?

**CONTUSIONS.** — Les contusions du cordon spermatique sont assez rares; elles résultent, la plupart du temps, de chutes ou de coups de pied. Il est souvent difficile, dans l'analyse des lésions, de distinguer ce qui appartient à l'appareil de recouvrement de la région inguinale de ce qui relève du cordon spermatique lui-même.

On observe, à la suite de ces contusions péripubiennes, deux sortes d'hématomes: des hématomes diffus et des hématomes différenciés. Les *hématomes diffus* s'étendent plus ou moins loin, vers l'abdomen, la cuisse, la verge, le scrotum; ce sont, proprement, des ecchymoses étalées; elles résultent de la rupture des vaisseaux du tissu cellulaire.

Les *hématomes différenciés* sont la conséquence de la déchirure des veines du cordon spermatique: ils sont situés profondément, sous la tunique fibreuse qui entoure le funicule, et en occupent toute la hauteur, ou seulement une partie. Quand il en occupe toute la hauteur, on lui donne, je ne sais trop pourquoi, le nom d'*hématocèle par infiltration*; quand il en occupe seulement une partie, au niveau de laquelle il forme saillie, on l'appelle *hématocèle par épanchement*. Dans le second cas, la masse siège sur un point quelconque du cordon où elle s'amasse en un véritable foyer hémorragique qui s'entoure d'une sorte de membrane d'enveloppe plus ou moins épaisse. Dans le premier, l'épanchement traduit son existence par la formation d'une sorte de boudin étendu du testicule qui peut être dévié, masqué ou englobé par lui, jusqu'à l'orifice extérieur du canal inguinal et même jusque sous le péritoine, soit dans la fosse iliaque, soit derrière la paroi abdominale.

Les hématocèles funiculaires traumatiques n'ont rien de spécial comme symptômes; elles évoluent, suivant que l'épanchement est, ou non, infecté, et suivant l'état général du sujet, vers la résolution qui est la terminaison ordinaire, ou bien vers la suppuration qui est rare.

(1) PARLAVECCHIO, Suture du canal déférent, guérison (*Presse méd.*, 9 nov. 1895, n° 56, p. 451).

Le diagnostic des hématomes du cordon spermatique ne présente pas de difficulté; ces épanchements constituent des tumeurs dont la consistance varie selon le laps de temps qui s'est écoulé depuis leur apparition : ici rénitentes et dures, là fluctuantes et molles, ailleurs élastiques et crépitanes. Le scrotum est ordinairement ecchymotique.

Il n'y a guère de confusion possible que celle qu'on pourrait faire avec une vaginalite du canal vagino-péritonéal dans la cavité de laquelle un traumatisme aurait déterminé une hémorragie. F. Legueu (1) pense même, non sans apparence de raison, qu'un certain nombre de prétendus hématomes du cordon ressortissent à ce processus; c'est ainsi, sans doute, qu'il faut interpréter l'observation publiée par Bowmann (dont parle M. Reclus) d'un homme qui porta pendant sept ans une tumeur sanguine du cordon, laquelle, à la suite d'une marche forcée, augmenta tellement de volume qu'elle descendit jusqu'aux genoux.

Si l'hématome est petit, ne s'accroît pas, ne compromet pas la vitalité du testicule, et ne menace pas suppuration, il n'y a qu'à conseiller le repos et la compression. Dans le cas contraire, il ne faut pas hésiter à ouvrir la poche, à la débarrasser de ses caillots, et à lier les vaisseaux qui saignent.

D'une manière générale, le pronostic est bénin; l'intervention chirurgicale pare facilement aux cas où il s'aggrave du fait de l'importance ou de l'infection de l'épanchement.

#### MALADIES INFLAMMATOIRES.

##### FUNICULITE.

La funiculite est l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure les éléments du cordon spermatique.

De ce chapitre des funiculites, il convient de distraire deux affections qui y sont décrites par les auteurs : la *funiculite séreuse aiguë* (hydrocèle aiguë du cordon spermatique) et la *funiculite séreuse chronique* (hydrocèle diffuse du cordon spermatique). Il s'agit là de vaginalite et non de funiculite; le liquide qui s'y forme siège, non pas dans le tissu cellulaire, mais dans le canal vagino-péritonéal atteint d'inflammation plus ou moins aiguë. La pathogénie, les causes, les lésions, l'évolution de ces deux affections relèvent donc de l'étude des hydrocèles congénitales à laquelle le lecteur voudra bien se reporter (tome IX).

La funiculite n'est rien autre chose que la marque d'une réaction inflammatoire du tissu cellulaire autour d'un des éléments du cordon spermatique malade. Aussi en peut-on reconnaître trois

(1) Félix LEGUEU, *Arch. gén. de méd.*, févr. 1890, p. 183.

variétés : la péri-déférentite, la péri-phlébite, la périlymphangite.

1° *Péri-déférentite*. — La péri-déférentite peut compliquer toutes les suppurations urétrales; on l'observe donc surtout dans le cours de la *blennorrhagie*, où elle affecte une marche aiguë. Parmi les cas à évolution lente, se placent, au contraire, la *déférentite tuberculeuse* et la *déférentite syphilitique*. La déférentite tuberculeuse s'accompagne assez fréquemment d'une sorte d'infiltration étendue, d'empatement du tissu cellulaire, de funiculite diffuse, en un mot. La déférentite syphilitique coexiste quelquefois avec des gommés du cordon (funiculite circonscrite), ou bien avec une sclérose et une induration diffuse du tissu cellulaire (funiculite diffuse) (Lancereaux); Ricord, Verneuil, Kocher en ont cité des exemples.

2° *Périlymphangite*. — C'est dans le groupe des périlymphangites que rentrent la plupart des funiculites qui surviennent à la suite des plaies accidentelles ou chirurgicales de la région du cordon spermatique. L'on sait combien cet accident est fréquent, combien, surtout, il était fréquent, il y a quelques années encore, après l'opération de la cure radicale de la hernie inguinale qui nécessite une dissection quelquefois laborieuse du sac herniaire. Les périlymphangites s'observent encore, à titre aigu, dans toutes les infections septiques de la région inguino-scrotale et dans les poussées inflammatoires de la filariose génitale, et, à titre chronique, dans la tuberculose et le cancer du testicule qu'il n'est pas rare de voir l'un et l'autre se propager par la voie lymphatique.

3° *Péri-phlébite*. — Les observations de phlébite du cordon sont rares. Longuet (1), à l'occasion d'un fait intéressant, a écrit sur ce sujet un bon article auquel sont empruntés la plupart des détails qui vont suivre.

La phlébite du cordon s'observe plus souvent à gauche qu'à droite; elle paraît donc influencée d'une manière évidente par le varicocèle. Les veines spermatiques peuvent être contaminées par deux modes différents : 1° par inoculation de voisinage, au même titre que les lymphatiques, à la suite d'une plaie accidentelle ou chirurgicale de la région (cure de la hernie, du varicocèle); 2° par infection sanguine, à la suite d'une maladie générale ou d'une maladie d'organe éloigné comme la fièvre typhoïde (Widal), l'amygdalite (Longuet), la blennorrhagie. Je me suis déjà expliqué de ces derniers faits en traitant de la pathogénie des orchites. Enfin, la phlébite et la péri-phlébite funiculaires s'observent quelquefois avec une allure chronique et, en quelque sorte, spécifique, dans le cours du cancer du testicule.

Anatomiquement, la phlébite du cordon affecte deux formes : la thrombo-phlébite adhésive et la phlébite suppurée. D'une manière générale, il semble que les lésions commencent en bas, vers le testi-

(1) L. LONGUET, Un cas de thrombo-phlébite du cordon (*Presse méd.*, 20 sept. 1899, n° 75, p. 167).

cule, et marchent vers l'abdomen, parallèlement au cours du sang.

La thrombo-phlébite adhésive, qui s'accompagne d'une très légère réaction du tissu cellulaire, traduit son existence par une « petite tuméfaction qui, née dans les bourses et d'abord nodulaire, s'allonge et grandit en un fuseau de plus en plus sensible à la pression, dépressible, donnant la sensation d'un vaisseau injecté au suif. La tuméfaction peut être serpentine; elle est distincte et assez facile à séparer du canal déférent. Circonscrite et bien limitée, elle se mobilise et se déplace facilement au sein des tissus ambiants ». (Longuet.)

Il en va tout autrement de la thrombo-phlébite suppurée. Celle-ci détermine une funiculite violente. Une douleur intense ouvre la scène, puis une « tuméfaction se dessine au niveau du cordon, chauffe la région, œdématisé tous les tissus, rougit la peau et, finalement, distend les tissus lâches du scrotum. C'est un plastron dur, dépressible, où l'on reconnaît des stries veineuses, plus mou au centre, sans fluctuation appréciable, quelquefois de consistance ligneuse. Le pouls est fréquent, en concordance avec la température, qui est de 39° à 40° ». (Longuet.)

La phlébite funiculaire peut se terminer par la guérison ou par la mort. La mort survient, en cas de phlébite simple, par embolie ou, en cas de phlébite et de périphlébite suppurées, par septicémie ou infection purulente. Les malades d'Escallier et de Valin succombèrent. Cependant, même avec la suppuration, l'évolution favorable est possible, soit qu'une incision chirurgicale ait évacué le pus (Mifflet), soit que le phlegmon se soit ouvert spontanément. Suivant la violence et l'étendue du processus infectieux, on observerait après la guérison, soit la conservation pure et simple du testicule avec ou sans phlébolithes dans le cordon, soit la conservation avec atrophie [Pott, Vidal (de Cassis), Kocher], soit la nécrose suppurée, la vraie gangrène (Robineau). Pour ce qui me concerne, je reste convaincu, ainsi que je l'ai déjà dit en décrivant la torsion du cordon spermatique, que l'on a souvent dû prendre pour de la thrombo-phlébite des accidents qui ne relevaient que de la torsion du cordon spermatique.

En cas de simple thrombo-phlébite adhésive, je crois que le mieux est d'imiter l'exemple de Quénu, de Longuet, c'est-à-dire de pratiquer la phlébectomie funiculaire. Il est bon de dire, cependant, qu'ici, sans doute, comme pour les cas de phlébite variqueuse du membre inférieur, il pourrait être, le cas échéant, difficile de faire accepter l'intervention par le malade.

Comme pis aller, « l'extirpation étant jugée impossible ou dangereuse » (?), on pourrait, en cas d'accidents, « pratiquer la phlébotomie, c'est-à-dire inciser, évacuer et désinfecter toutes les ampoules veineuses gorgées de pus ».

Pour ce qui concerne la périphlébite suppurée, il convient d'inciser largement le phlegmon diffus et de le drainer. Il faut se rappeler qu'on

a vu des funiculites phlegmoneuses se propager jusqu'au tissu cellulaire sous-péritonéal et au péritoine pour n'avoir pas été assez tôt incisées. Au besoin, s'il appert clairement que la vitalité du testicule est définitivement compromise, pratiquer la castration.

## MALADIES NÉOPLASIQUES.

Les néoplasmes du cordon spermatique se divisent en deux groupes : les tumeurs liquides et les tumeurs solides.

1° TUMEURS LIQUIDES. — **Kystes.** — Il y a des kystes qu'on rencontre exceptionnellement dans le cordon spermatique : ainsi, les *kystes dermoïdes*, les *kystes sacculaires* (hernies déshabitées); les *kystes hématiques* (angiomes kystiques); les *kystes lymphatiques* (lymphangiomes kystiques); les *kystes hydatiques*.

On peut dire que toute l'histoire des kystes funiculaires se résume à celle des kystes séreux et des kystes spermatiques.

**Kystes séreux.** — Les kystes séreux du cordon spermatique ne sont pas autre chose que des vaginalites partielles. Ils sont formés aux dépens des portions non oblitérées du canal vagino-péritonéal; ce sont de *vraies hydrocèles funiculaires enkystées*. Or j'ai décrit celles-ci, avec toutes les variétés qu'elles comportent, dans le tome IX de cet ouvrage (p. 922); on devra s'y reporter.

Peut-être quelques kystes séreux se développent-ils aux dépens des débris du corps de Wolff qui peuvent se trouver échelonnés le long du cordon, comme Sappey et Pellacani l'ont constaté. Même, d'après Englisch (1), quelques-uns dériveraient du conduit de Muller et seraient situés dans le voisinage de l'extrémité supérieure du canal déférent près de la ligne médiane. Les faits manquent pour admettre raisonnablement l'existence de ceux-ci. Quant à ceux-là, ils se développeraient, non pas seulement sur les débris épars dont je parlais tout à l'heure, mais plutôt, d'après Vautrin, sur des canaux borgnes, des cæcums diverticulaires qui, vestiges wolffiens, seraient insérés sur les voies d'excrétion du sperme, depuis l'épididyme jusqu'à la portion inguinale du canal déférent.

En fait, il faut tenir cette pathogénie pour tout à fait exceptionnelle et se rappeler que presque tous les kystes séreux du cordon relèvent des hydrocèles congénitales.

**Kystes spermatiques.** — Il existe des observations irréfutables de kystes spermatiques, mais elles sont très rares. Laugier, Hochenegg (2), Monod et Terrillon, Ude (de Brunswick), Vautrin (3) ont

(1) J. ENGLISH, Ueber Cysten an der hinteren Blasenwand bei Mannern (Wien. med. Jahrbuch., 1874, Heft 2, et Sem. méd., 20 mai 1891, n° 26, p. 214).

(2) HOCHENEGG, Ueber cysten am Hoden und nebenhoden (Wien. med. Jahrbuch., 1885, Heft 1, p. 149).

(3) VAUTRIN, Pathogénie des kystes spermatiques (Revue de chir., 1889, p. 1).