

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, Hochennegg (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).

publié des faits qui ne laissent aucun doute sur la réelle existence de ces tumeurs. On ne peut les interpréter que d'une seule manière, évidemment : c'est par une communication entre la cavité kystique et le canal déférent. Pour les kystes qui se développent dans ces diverticules borgnes qu'on trouve implantés sur le canal déférent, le mécanisme est tout simple : la communication est directe entre l'un et l'autre et, en tous cas, si elle est jamais interrompue, la pression du liquide kystique dans la poche peut, un jour, de triompher l'obstacle. C'est de cette variété, sans aucun doute, que relevait la tumeur extirpée par Vautrin, puisque les parois en étaient formées d'une couche conjonctive, d'une assise de fibres musculaires lisses et d'un épithélium cilié. Pour les autres kystes, c'est-à-dire pour tous ceux qui ne sont pas directement grêffés sur le canal déférent, ils ne sauraient devenir spermatisés (si tant est qu'ils le puissent jamais devenir) qu'à la suite d'une communication par effraction avec le canal déférent ; il n'est pas démontré que celle-ci soit réalisable.

Je n'ai rien à dire de la clinique des kystes du cordon spermatique, ni de leur diagnostic, ni de leurs rapports possibles avec l'intestin hernié ; tout cela a été décrit à l'occasion des hydrocèles péritonéo-vaginales. Je signale seulement qu'une difficulté peut naître, pour le diagnostic de l'épaississement, de la dégénérescence calcaire des parois de la tumeur. J. Englisch (1), Roché (de Toucy) (2) ont signalé des exemples de véritable calcification de la poche.

2° **TUMEURS SOLIDES.** — Les tumeurs solides du cordon spermatique sont, la plupart du temps, secondaires aux néoplasmes du testicule ; elles ne sont que la manifestation d'une greffe lymphatique ou veineuse. Les tumeurs primitives sont rares ; la plus commune d'entre elles est le lipome.

1° **Lipomes.** — Dans la bonne thèse de Gaston Sarazin (3), il y a 26 observations de lipome du cordon spermatique. Depuis la publication de ce mémoire, ont paru la thèse d'A. Deroyer (4) qui ne contient aucun fait nouveau sur ce point, le travail de Gabryszewski (5) qui, à l'occasion d'une observation personnelle, résume la thèse de Sarazin, et quelques faits épars.

Mauclaire (6), schématisant la description donnée par Malgaigne

(1) J. ENGLISH, Kystes du canal déférent (*Soc. imp.-roy. des médecins de Vienne; Sem. méd.*, 20 mai 1891, n° 26, p. 214).

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

(3) GASTON SARAZIN, Contributions à l'étude des lipomes du cordon spermatique, thèse de Paris, 1895, n° 513.

(4) ALBERT DEROYER, Des tumeurs solides du cordon spermatique, thèse de Paris, 1897, n° 349.

(5) GABRYSZEWSKI, Des lipomes du cordon spermatique (*Deutsche Zeitschr. für Chir.*, XLII, 4; *Sem. méd.*, 27 juillet 1898, n° 40, p. 327).

(6) MAUCLAIRE, Lipome paravaginal du cordon spermatique droit (*Bull. de la Soc. anat.*, juillet 1896, LXXI^e année, 5^e série, t. X, fasc. 16, p. 567).

gne (1) des hernies graisseuses, et simplifiant la classification de Sarazin, propose de diviser les lipomes funiculaires en lipomes parapéritonéaux, lipomes paravaginaux et lipomes intermédiaires, les premiers étant développés aux dépens de la graisse parapéritonéale, les seconds aux dépens de la graisse paravaginale, et les troisièmes aux dépens de la graisse en contact avec les débris de la tunique péritonéo-vaginale. Cette division, qui établit, par le rôle qu'elle fait jouer à la graisse sous-séreuse, une véritable symétrie anatomique entre tous les lipomes du cordon, est très heureuse. Je ne pense pas, en effet, que la présence dans le cordon de lobules de graisse remontant du scrotum jusqu'au tissu cellulaire sous-péritonéal « que Gabryszewski aurait, après Kocher, constatée sur 50 cadavres », ait échappé, avant ceux-ci, à beaucoup d'anatomistes.

Une réserve est à faire sur le développement possible dans cette région, comme dans toute autre, de simples lipomes sous-cutanés. Je me contente de les signaler ; ils sont banaux.

Il est bon de dire que, par une véritable migration ascendante ou descendante qui allonge leur pédicule, les lipomes parafuniculaires peuvent devenir inguinaux ou scrotaux, de même que les lipomes parapéritonéaux et les lipomes paravaginaux peuvent devenir funiculaires. Les migrations descendantes sont évidemment beaucoup plus fréquentes que les migrations ascendantes.

La forme et le volume des lipomes du cordon sont très variables. Il y en a qui sont gros comme une noix et d'autres qui atteignent le poids de 2, 5, 10 kilogrammes. Ils sont arrondis et lobulés quand ils sont petits ; quand ils atteignent de grandes dimensions, il arrive qu'au lieu de former une grosse masse bien isolée, ils s'étalent et diffusent, réalisant, par leurs points alternativement dilatés et rétrécis, un véritable chapelet graisseux le long du cordon.

Ces lipomes du cordon affectent avec les organes voisins des rapports intéressants.

Entourés par les enveloppes épaissies du cordon qui leur forment une sorte de coque fibreuse et dense, ils sont en contiguïté avec les éléments du faisceau funiculaire, mais ne leur adhèrent pas et s'en laissent facilement séparer ; il est rare qu'ils les dissocient. Cependant, on a vu le canal déférent cheminer au milieu du tissu adipeux, et même l'appareil épидидymo-testiculaire être englobé et comme perdu dans la masse d'une volumineuse tumeur. Les lipomes du cordon sont ordinairement indépendants du péritoine ; mais A. Broca (2) est allé trop loin en disant qu'ils ne lui adhèrent jamais ; une observation de Pierre Delbet (3), entre autres, prouve qu'on ne saurait

(1) MALGAIGNE, Tumeur du cordon spermatique, thèse de concours pour le Professorat, Paris, 1848.

(2) A. BROCA, Plusieurs communications faites à la Société anatomique de Paris, 1888.

(3) PIERRE DELBET, Lipome du périnée adhérent au péritoine (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1888, p. 974).

révoquer en doute la possibilité de connexions intimes entre la face extérieure de la séreuse et le néoplasme.

Au point de vue clinique, les lipomes du cordon n'ont rien de particulier que la manière dont ils se comportent vis-à-vis des organes génitaux externes. Ils peuvent masquer le testicule en l'entourant; par leur volume, on les a vus distendre les bourses et l'aine au point « d'avaler la verge », tout comme les grosses hydrocèles. Quelquefois ils troublent la circulation de la peau dont les veines sont dilatées. Ils peuvent empêcher le coït. Les dimensions que prennent ces tumeurs chez certains malades sont, en effet, énormes : le malade de Hüe avait un lipome dont la circonférence mesurait 76 centimètres, et qu'il portait dans un sac suspendu à son cou; celui de Karewski, avant de s'asseoir, était obligé de déposer sa tumeur à terre pour ne pas être entraîné par le poids de celle-ci.

A noter que certains lipomes du cordon (lipocèles) précèdent les hernies de l'intestin ou de la vessie qu'ils entraînent dans la région inguinale. Léon Imbert (1) pense, sans la nier, qu'on a exagéré cette influence pathogénique du lipome sur la cystocèle.

Le diagnostic des lipomes du cordon prête souvent à l'erreur; un petit lipome pseudo-fluctuant peut être pris pour un kyste funiculaire; un lipome sous-péritonéal descendu dans l'aine et pédiculé ressemble à une épiplocèle irréductible et adhérente; un gros lipome scrotal masquant la glande génitale donne le change pour une tumeur du testicule, ou même pour une hématocèle vaginale.

D'une manière générale, le pronostic est bénin. Il n'y a qu'une réserve à faire pour le cas où l'intimité des rapports entre la tumeur et le testicule nécessite la castration. Quant à la récurrence, elle ne survient que pour les tumeurs à tissus associés; le lipome pur doit être considéré comme une tumeur bénigne.

Comme traitement : énucléation. Celle-ci peut être difficile et exiger une dissection assez laborieuse. La castration devient même quelquefois une mutilation nécessaire. Sarazin en pose bien les trois indications que voici : 1° lipome diffus et englobant les organes ambiants; 2° blessure, au cours de l'opération, du canal déférent, de l'artère spermatique et des veines; 3° énorme volume de la tumeur.

2° *Fibromes.* — *Myomes.* — Je ne dirai rien de ces tumeurs, dont les exemples sont très rares. Ricord (1858), Fergusson (1856), Poncet et Aubry (1887) ont rapporté des observations de fibromes; Trélat (1880), Rindfleisch, Héricourt (1885), Terrillon (1886), des observations de myome; Goodhard, J. Say des observations de fibromyome.

3° *Myxomes.* — Ils sont exceptionnels. Lesauvage (1845), Pepper (1885) en ont signalé.

(1) LÉON IMBERT, Un cas de lipocèle inguinale (*Bull. de la Soc. anat.*, avril 1897, LXXII^e année, 5^e série, t. XI, fasc. 9, p. 364).

4° *Sarcomes.* — Rares aussi. Il en a été vu par Albrecht, par Majunski, par Walsham (1880), par Louvet, par Bryant (1895), par Alombert-Soyer (1887). Le cas le mieux étudié est celui de Pilliet et Pasteur (1) : il s'agissait d'un sarcome d'origine vasculaire développé aux dépens des éléments interstitiels des faisceaux musculaires du cordon. Cette même observation constitue le fond de la thèse de Deroyer.

5° *Tumeurs à tissus multiples.* — Pepper (1885) a observé un myxo-sarcome, Duploux (1891) un lipo-myo-sarcome, Karewski (1894) une tumeur très complexe.

6° *Carcinomes.* — Très exceptionnels aussi, ils ne sont, le plus souvent, que le résultat d'une propagation secondaire. Vautrin pense qu'il s'en peut développer sur l'épithélium des vestiges du corps de Wolff.

Le diagnostic de toutes ces tumeurs prête, ainsi que le traitement, aux mêmes considérations que le diagnostic et le traitement des lipomes.

MALADIES TROPHIQUES

VARICOCÈLE.

Étiologie et pathogénie. — Le varicocèle, ou dilatation variqueuse des veines spermatiques, est une affection très commune. Les seules statistiques qui puissent nous éclairer sur la fréquence de cette maladie sont les statistiques militaires. En Angleterre, Curling nous apprend que, sur 166 317 sujets examinés en dix ans, 3911 furent déclarés impropres au service pour varicocèle, ce qui fait une moyenne approximative de 70,5 p. 1000. En France, la proportion est de beaucoup moins élevée : à peine atteint-elle 3 p. 1000. Mais dans ce dernier chiffre n'est pas, à vrai dire, compris le nombre de jeunes gens réformés, quelques mois après leur incorporation, pour varicocèle incompatible avec le service militaire. Néanmoins, cette affection paraît bien moins fréquente en France qu'en Angleterre. Elle est très répandue dans certains pays chauds.

Le varicocèle apparaît surtout à l'époque de la puberté. Il n'est pas un médecin pour souscrire à cette affirmation de Delpech : « Cette maladie est le partage des adultes ou des vieillards; on l'observe rarement chez les jeunes gens, mais elle n'y est pas sans exemple ». Les statistiques concordent, en effet, sur ce point que le varicocèle s'observe surtout de quinze à vingt-cinq ans; elles divergent sur la question de savoir si, au-dessus et au-dessous de cet âge, le varicocèle est plus fréquent chez l'adulte que chez l'adolescent, ou chez l'adolescent que

(1) PILLIET et PASTEUR, Sarcome du cordon inguinal (*Bull. de la Soc. anat.*, avril 1897, LXXII^e année, t. XI, 1897, fasc. 10).