

plus que doublé dans les trois dernières années : nous l'avons extirpée au bistouri; il n'y a point eu de récurrence. Deux cas semblables ont été publiés par Challand; chez un malade la tumeur avait mis quarante-cinq ans à acquérir le volume d'une amande. Forster aussi a vu un de ces « dermatomyomes » dont Besnier a tracé un si remarquable tableau. C'est sans doute à cette variété qu'il faut rattacher deux cas de Paget : l'une des tumeurs pesait 11 kilogrammes 1/2.

Il existerait au moins deux autres formes de fibromes fort difficiles, même pièce en main, à distinguer l'une de l'autre : la première se développerait sur la peau et la seconde dans la vaginale; Gross, dit Jullien, a débarrassé un nègre d'une masse du poids de 5 livres. « Elle était ovoïde, plus large en arrière qu'en avant et mesurait 8 pouces en largeur et 15 en circonférence; elle était dans une grande étendue adhérente à la vaginale; le testicule était refoulé en bas. » Cette connexion avec la séreuse paraît de règle; du moins en est-il ainsi dans le cas de Fergusson où la tumeur, du volume d'une noix, ne put être séparée qu'avec difficulté de la vaginale, et dans celui de Hilton, où le fibrome, aussi gros que les deux poings, était tellement adhérent qu'il fallut exciser une partie de la séreuse; la tumeur de John G. Ker de Canton pesait 5 livres et présentait çà et là la structure du tissu osseux; celle de Morel-Lavallée, où la masse était volumineuse comme une tête de fœtus, criait sous le scalpel : Cornil en fit l'examen histologique. Toutes étaient en rapport avec la séreuse. Aussi la distinction entre les fibromes du scrotum et ceux de la vaginale que Poisson a décrits serait-elle illusoire. La tumeur de Baizeau est annulaire, aplatie latéralement, du volume d'un œuf de poule; elle est enveloppée par la séreuse et se moule sur la glande saine. Le cas de Holmes serait plus probant, et peut-être le fibrome s'était-il développé dans la séreuse; on dut l'extirper avec le testicule, et la dissection montra le néoplasme, indépendant de la glande et enveloppé par la vaginale. L'observation de notre ami Antonin Poncet a trait à un fibrome extra-vaginal péri-épididymaire. Notre ancien interne Gosset et moi avons excisé trois fibromes des plus nets développés dans la vaginale et pris, avant l'incision des bourses, pour une tumeur du testicule. Nous publierons, sous peu, un mémoire sur ce sujet.

Ces tumeurs sans gravité ne gênent que par leur volume; elles se développent lentement, et nombre de malades sont morts sans en demander l'extirpation. La coalescence possible du fibrome avec la vaginale exige une dissection attentive pour ne pas blesser le testicule que, dans nombre de cas, il faudrait extirper avec la tumeur; on intervient lorsque le néoplasme tend à s'accroître : la peau qui le recouvre peut s'ulcérer. Paget cite un cas où le malade fut emporté par le sphacèle et les hémorragies dont la tumeur devint le siège; l'opéré de Mott réclama une intervention parce que les téguments ulcérés fournissaient un pus fétide « mélangé à une matière blanche qui ressemblait à du mortier ». Celui de O'Ferral était épuisé « par les hémorragies répétées ». Donc, sauf contre-indication, on opérera le plus tôt possible pour éviter des délabrements considérables et de trop grandes adhérences avec le testicule.

c. — ANGIOMES

Les tumeurs vasculaires du scrotum qu'on réunit sous le nom d'*angiomes* sont peu nombreuses et disparates : dans la plupart des cas, les détails anatomi-

miques manquent et l'on ne saisit pas le siège exact du mal. On cite partout les observations de Ricord rapportées par Verneuil, celles de Robert, de Rivington, de Henry, de Holmes, de Johnston; Baseil ajoute deux cas fort obscurs d'Escallier et un fait plus que douteux de Pelletan. L'observation de Prescott Hewett a trait à un anévrysme cirsoïde. De tels documents ne suffisent pas à tracer l'histoire de ces tumeurs : le malade de Robert vit la grosseur apparaître à douze ans et éprouva, à cette occasion, une douleur brusque dans la bourse correspondante; le scrotum devint de plus en plus volumineux; on pratiqua l'extirpation du néoplasme « constitué par une trame vasculaire analogue aux productions érectiles ». Dans les cas de Ricord et Verneuil, la tumeur, grosse comme le poing, était congénitale et « cinq fois avait subi un accroissement assez rapide avec accompagnement de phénomènes inflammatoires ». La peau laissait voir par transparence des veines variqueuses et des kystes remplis de sang. L'examen montra une substance fibreuse avec de petites masses graisseuses, des veines dilatées comme des hémorroïdes, des kystes transparents à contenu séreux. Les veines sous-cutanées étaient indépendantes de la néoplasie vasculaire. Dans l'observation de Rivington, la tumeur, du volume d'un œuf de poule, occupe la partie postérieure du scrotum et s'étend dans le périnée; le mal, apparu à la suite d'un coup reçu treize ans auparavant, s'était accru à l'occasion d'un nouveau traumatisme; il est probable que l'origine en était congénitale. La masse se composait « de lobules réunis entre eux par des vaisseaux. L'incision des lobules donne issue à du sang veineux; certains présentent des vaisseaux béants d'un diamètre considérable, tandis que les autres paraissent constitués par un amas de capillaires dilatés ».

d. — KYSTES

Ils sont de variétés différentes : les *kystes sébacés*, de rencontre fréquente, ne présentent aucun caractère spécial; ils peuvent être nombreux : Kocher en a compté jusqu'à quinze et Schwartz a observé un scrotum qui en était « criblé; il y en avait une quarantaine; le plus gros atteignait le volume d'une noisette ». Ici, comme ailleurs, leur surface interne peut s'incruster de sels calcaires. Galippe⁽¹⁾ vient d'en signaler une forme observée aussi par Taylor : les bourses sont comme sablées de petites tumeurs de couleur, de volume et de consistance variables; les unes constituent de petites élevures, les autres forment un relief accentué et peuvent atteindre 3 ou 4 millimètres de diamètre; elles donnent alors la sensation d'une petite pierre et sont d'une teinte gris bleuâtre. Elles sont dues à la distension des glandes sébacées; les plus jeunes ont un contenu liquide, les intermédiaires renferment une substance crémeuse, enfin les plus vieilles sont de consistance calcaire. Galippe a ensemencé des fragments dans des bouillons stérilisés : les cultures contenaient des micro-organismes.

On signale aussi quelques *kystes séreux* d'une pathogénie obscure; ont-ils pour origine une loupe dont la matière grasse se serait résorbée, ainsi que le suppose Kocher? Et de fait, dans l'observation de Baucher, le kyste uniloculaire, datant de six mois et déjà gros comme un œuf, avait un contenu jaunâtre et filant; ses parois étaient tapissées « d'un enduit gras ». Mais la sérosité peut

(1) GALIPPE, *Journal des connaissances médicales*, 26 février 1891.

aussi s'accumuler dans un vieil hématome, et ce serait sans doute l'étiologie qu'il faudrait invoquer dans le fait de Fleming où la tumeur, multiloculaire et du volume d'une noix, était apparue chez un enfant de neuf ans à la suite d'une contusion du scrotum. Enfin, nous signalerons les cas sans analogues de Kocher et de Curling : le premier a trait à un « adénome sébacé » enfoncé comme un coin dans la cloison, entre les deux tuniques vaginales distendues par une hydrocèle; il était constitué par des boyaux que séparaient les fibres du dartos et remplis de cellules épithéliales. Le second se rapporte à un homme de vingt-deux ans qui, à huit ans, avait vu se développer une tumeur due à l'agglomération de 20 à 30 petits kystes à contenu clair et séreux. Le point de départ semblait être le septum. Après extirpation, la guérison fut complète. — Muskett a publié, en 1886, un cas de *kyste hydatique* intra-scrotal, pris, avant l'incision, pour une hydrocèle vaginale.

6° KYSTES DERMOÏDES

Ils sont de deux ordres : les uns sont superficiels, kystes du raphé périnéal et du scrotum; les autres, beaucoup plus importants, sont inclus dans les enveloppes des bourses.

A. Les *kystes dermoïdes du raphé scrotal* ne sont guère connus que depuis une clinique publiée par moi en 1895 (*) et la thèse de notre élève Mercadier; une

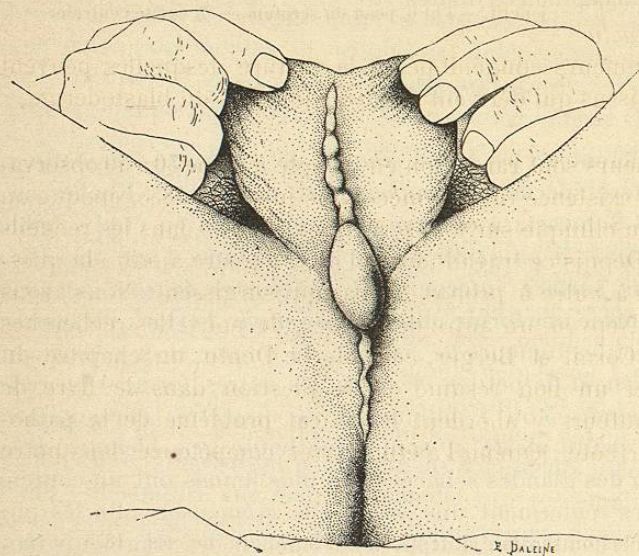


FIG. 258. — Kyste dermoïde du raphé périnéal (Reclus.)

observation antérieure de Dappier était passée inaperçue, et le livre de Lannelongue et Achard était muet sur ce point. La tumeur est située sur la ligne médiane et paraît n'être qu'une distension du raphé; la peau en est lisse, amincie, sillonnée par un fin lacis veineux; la masse en est molle, dépressible, semblable à une poche trop large pour la substance qu'elle contient; elle se laisse malaxer et donne la sensation d'une matière butyreuse qui fuit aux points comprimés et va distendre les parties extérieures et postérieures. La tumeur présente des renflements; c'est un trajet canaliculaire, moniliforme; les bosselures, de volume variable, sont séparées les unes des autres par des étranglements.

(*) P. RECLUS, *Clinique chirurgicale de la Pitié*. G. Masson, 1895.

Ce kyste envahit parfois le long espace qui s'étend du gland jusqu'à l'anus et se retrouve par conséquent sur la verge, sur les bourses et sur le périnée; mais le canalicule peut être plus court; on peut ne le rencontrer que sur tout ou partie du pénis, sur les bourses, au périnée. On trouve tous les intermédiaires et un segment plus ou moins long est tunnelisé, formant tantôt un kyste dermoïde circonscrit de 1 ou 2 centimètres tout au plus, tantôt un long trajet tubulaire allant du prépuce à l'anus. Retterer a étudié la structure de la tumeur et sa pathogénie : c'est bien un kyste dermoïde dû à l'enclavement de la peau au moment de la formation de la gouttière uréthrale.

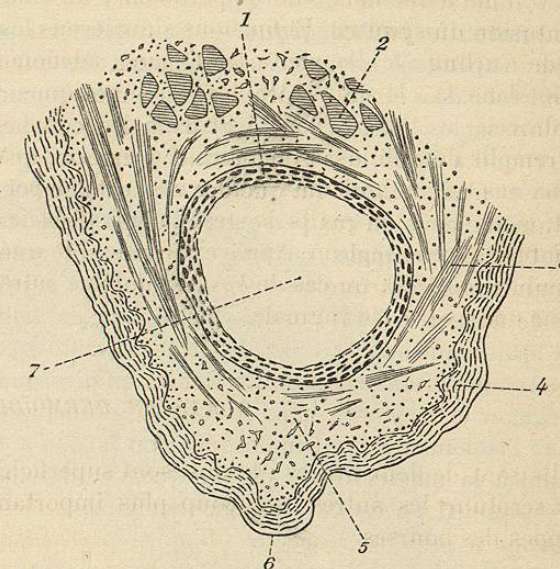


FIG. 259. — Examen microscopique d'un point de la tumeur. (Retterer.)

B. Les *tératomes des bourses*, nommés encore *kystes dermoïdes du scrotum* ou *inclusions fœtales*, sont des tumeurs congénitales à la texture desquelles peuvent concourir la plupart des tissus qui dérivent des trois feuilletts du blastoderme.

Historique. — Ces tumeurs sont rares : on en compte à peine 50 à 40 observations publiées. Aussi leur existence fut-elle méconnue jusqu'en 1855, époque où Verneuil traça leur tableau clinique sur 9 observations éparses dans les recueils et sur un fait personnel. Depuis ce travail, auquel on n'a guère ajouté, la question est reprise de temps à autre à propos des cas qui surgissent. Nous avons eu ainsi un mémoire de Nepveu, un autre de Kocher, de nouvelles recherches de Verneuil, les notes de Cornil et Berger, celle de Le Dentu, un chapitre du traité de Lannelongue et un bon résumé de la question dans le livre de Terrillon et Monod. Ces auteurs y abordent le délicat problème de la pathogénie que nous laissons de côté : Quénu l'a étudié avec compétence dans notre premier volume.

VERNEUIL, Mémoire sur l'inclusion scrotale et testiculaire. *Arch. gén. de méd.*, 1855, 3^e sér., t. V, p. 641 et t. VI, p. 25, 191 et 209. — E. CRUVEILHIER, Rapport sur une observation d'inclusion scrotale. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1864, 2^e série, t. IX, p. 282. — VERNEUIL, Inclusion péritesticulaire. Rapport sur une observation de J. Bœckel. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1878, nouv. série, t. IV, p. 502. — NEPVEU, Note sur une inclusion testiculaire. Rapport sur l'observation de Pilate. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1880, t. VI, p. 685. — CORNIL et BERGER, Note sur un cas d'inclusion scrotale. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 5 mars 1885. — LANNELONGUE, Traité des kystes congénitaux. Paris, 1886, p. 41 et 249. — KOCHER, *Pitha und Billroth*, Bd. III, Abth. II. Stuttgart, 1874-1875. — LANG, *Virchow's Arch. für Arch. Path.*, 1871, Bd. LIII, p. 129. — MALHERBE, art. TUMEURS du *Now. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXIV, p. 351 (cité par Heurtaux). — MONOD et TERRILLON, Traité des maladies du testicule, p. 682. — LE DENTU, Tératome du scrotum. *Médecine moderne*, 1889, n° 1, p. 9. — PAUL

RECLUS, Tératome du scrotum. *Clinique chir. de la Pitié*, 1894, p. 459. — PICQUÉ, Tératome du testicule. *Bull. de la Soc. de chir.*, séance du 2 février 1898.

Anatomie pathologique. — La tumeur est profonde et le scrotum roule sur elle; cependant elle peut s'enflammer, devenir adhérente, comme dans les cas de Prochaska et de Velpeau, s'ulcérer et évacuer son contenu par des fistules intarissables. Malgré son siège dans les couches sous-dartroïques et vaginales, Verneuil a établi, dès son premier mémoire, qu'elle est indépendante du testicule et n'affecte avec lui que des rapports de voisinage. Cela est vrai en général, et, même dans un cas personnel, j'ai pu disséquer la tumeur sans même ouvrir la tunique vaginale, ce qui est vraiment exceptionnel; le plus souvent les connexions sont étroites entre la glande et le néoplasme: dans le fait de Cornil et de Berger, s'il fut possible de séparer de l'albuginée la paroi du kyste, celle-ci néanmoins adhérerait par des tractus cellulux, pédicule vasculaire qu'on dut sectionner. Dans celui de Le Dentu, on disséqua le cordon de haut en bas pour dégager le tératome, mais il était si intimement accolé à sa face postérieure, que l'isolement devint impossible; on fut forcé d'extirper la glande intacte attenante à la masse fœtale par une coque fibreuse, partie intégrante de la paroi kystique. Il en est le plus souvent ainsi et les observations sont rares où la glande a pu être respectée. D'autre part, Picqué, à la Société de chirurgie, Auguste Broca et Mansa à la Société anatomique, ont cité chacun une observation où la tumeur, à l'encontre de la loi trop générale promulguée par Verneuil, était incluse dans le testicule lui-même et l'albuginée enveloppait le tératome.

Monod et Terrillon ont divisé les tératomes du scrotum en deux variétés: les *kystes dermoïdes* où seraient seuls enclavés les éléments de la peau et dans la cavité desquels on ne trouverait que des poils, peut-être des dents, au milieu de la matière sébacée et des résidus de la desquamation épithéliale; puis les *inclusions fœtales* où la présence originelle des trois feuilletts du blastoderme s'affirmerait par l'existence de peau, de dents, d'os et de cartilage, de substances nerveuses, de muscles et de fragments d'intestin. Cette distinction est inutile, car on ne voit pas quelles observations on rangerait dans la première catégorie; nous avons parcouru la plupart des cas publiés depuis 1855, et 22 fois sur 24 on y mentionne l'existence d'os ou de cartilage. Ils ne font défaut que dans les faits de Malherbe et de Cornil et Ranvier; mais, dans le premier, le kyste à épithélium polymorphe, à cellules pigmentées, à follicules pileux abondants, contenait des tissus adipeux, fibreux, myxo-sarcomateux, muqueux et des fibres musculaires striées; dans le second, la poche dermoïde avait, outre son poil, ses glandes sudoripares, des cavités mucoïdes à épithélium cylindrique, ébauche sans doute d'une muqueuse intestinale, des ganglions nerveux et des fibres de Remak: des deux classes de Monod et Terrillon, on ne trouverait, en pratique, que la seconde.

Notre observation personnelle représenterait à elle seule la première variété. En effet, il s'agissait d'un kyste dermoïde simple semblable aux kystes dermoïdes des parties branchiales et de la queue du sourcil par exemple; un autre caractère, qui ferait de notre fait un cas unique, est l'aspect de la tumeur ouverte: sans la présence des poils, il nous eût été impossible, avant la réaction chimique, la dissolution par l'éther et l'examen microscopique, de déterminer la nature de ces milliers de corps réguliers, punctiformes, juxtaposés et semblables à des œufs de vers à soie, ainsi qu'en témoigne la figure que nous reproduisons. La présence de globules de graisse et de débris de cellules épithéliales nous

prouva qu'il s'agissait de masses épidermiques en régression; elles s'étaient formées, sans doute, dans des glandes sudoripares qui les avaient « calibrées » avant de les rejeter dans la grande cavité kystique.

Aussi préférons-nous la division de Kocher, qui admet des tératomes simples et des tératomes complexes. Le fait de Cornil et Berger, celui de Picqué, Chevassus et Cornil, étudiés et décrits par leurs auteurs, peuvent être pris

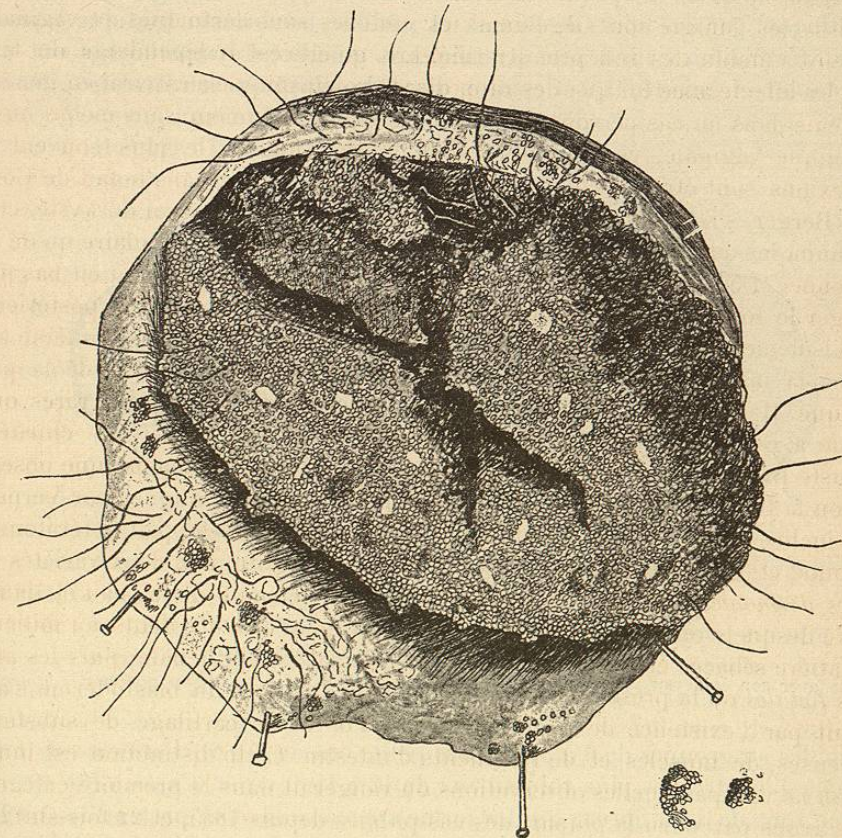


FIG. 260. — La poche du kyste a été incisée pour montrer les poils, la matière grasse granuleuse et les masses épithéliales qu'elle contient. (Reclus.)

comme types de la première variété. Dans le premier cas, la tumeur se compose d'une paroi kystique fibreuse à surface interne lisse et qui contient de la matière sébacée mélangée à une infinité de poils follets. Dans l'intérieur de la poche, saillie un bourgeon de 5 centimètres sur 2, rattaché à la paroi postérieure par un pédicule étroit; il est recouvert d'un tégument blanchâtre analogue à la peau et sur lequel s'implantent les poils fins et décolorés identiques aux poils libres de la matière sébacée. La coupe de ce bourgeon montre une zone superficielle formée par un derme véritable, avec ses papilles, un épiderme normal, des follicules pileux munis de leurs glandes sébacées. De nombreux faisceaux de fibres musculaires lisses affectent dans le derme leur disposition ordinaire; les vaisseaux irriguent les papilles. Les glandes sudoripares sont rares: sur une section transversale du bourgeon on en trouve à peine deux ou trois. Le corps muqueux est normal; il recouvre une couche de cellules aplaties, parallèles à la

surface et qui ne diffèrent de la couche ordinaire que par l'absence de granulations d'élaïdine; quant à l'épiderme, il n'est pas corné; les cellules possèdent un noyau atrophié susceptible de se colorer par le carmin.

Immédiatement au-dessous du derme, et toujours d'après Cornil et Berger, est un tissu dont les lobules adipeux normaux sont séparés par des vaisseaux, des tractus fibreux et de gros faisceaux de fibres musculaires lisses; ils enveloppent une masse centrale, sorte d'îlot constitué par des ganglions du grand sympathique, par des fibres de Remak et par une production kystique tapissée par de l'épithélium cylindrique stratifié. Les ganglions sympathiques ont une forme tantôt circulaire, tantôt aplatie, discoïde, elliptique ou ovale; ils sont

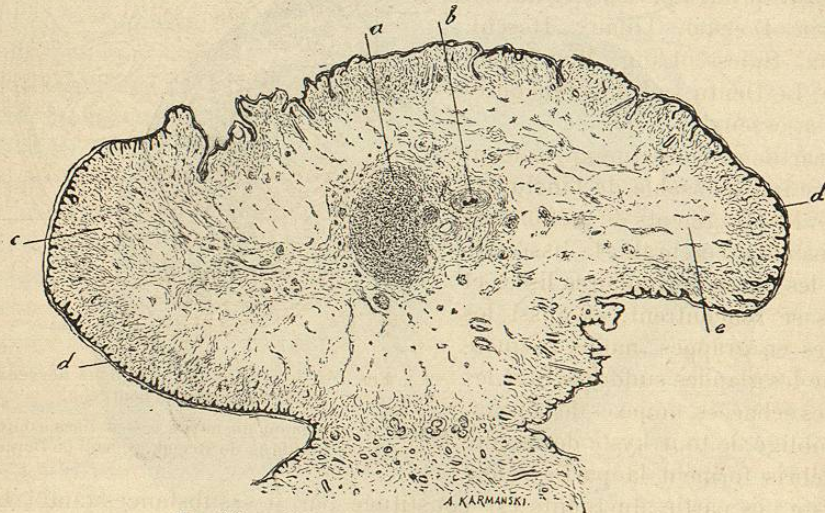


Fig. 261. — Coupe du bourgeon saillant dans le kyste.

d, derme avec son épiderme, ses papilles et ses follicules pileux. — *a*, ganglions nerveux. — *b*, section d'une cavité muqueuse. (Cornil et Berger.)

rassemblés en groupes de 6 à 8; les plus petits ont de 4 à 5 centièmes de millimètre de diamètre, les plus volumineux de 12 à 15 environ. Chacun est entouré par une zone de tissu fibreux qui lui forme une capsule, d'où partent des travées qui limitent des loges de la même grandeur, à revêtement interne de cellules plates à noyaux ovoïdes. Au centre de chacune de ces loges se voit une cellule nerveuse très volumineuse, formée par une masse grenue au milieu de laquelle se trouve un gros noyau pourvu d'un nucléole brillant. A côté de ces ganglions, et limités par une enveloppe fibreuse, on observe des faisceaux de fibrilles minces renfermant des noyaux allongés et qui ne sont autres que des fibres de Remak. Enfin, dans la masse centrale de la tumeur, on découvre un petit kyste tapissé d'un épithélium stratifié, à cellules cylindriques dans la profondeur, polyédriques et légèrement aplaties à la surface interne. Cette cavité doit être considérée comme une production mucoïde se rapprochant de l'épithélium du tube digestif.

L'existence du tissu nerveux dans les inclusions fœtales n'est pas rare; elle est signalée dans l'observation de Verneuil et Guersant, dans celles de Pilate et de Lang. Cette dernière contenait des fibres à myéline, que Le Dentu a retrouvées chez son opéré. Mais déjà nous touchons aux tératomes complexes de Kocher. Il est exceptionnel de rencontrer des masses qui rappellent l'intestin; elles n'ont guère été signalées que dans les cas de Labbé et Verneuil; l'épithé-

lium cylindrique avec ou sans cils vibratiles a été reconnu dans le fait de J. Bœckel, de Labbé et Verneuil, de Lang, de Pilate et de Malherbe. L'existence de masses osseuses forme comme la caractéristique du tératome; elles sont déjà mentionnées dans une observation de 1697 que Verneuil a exhumée. Ici les os rappelaient un crâne et avaient des cavités orbitaires. Dans les cas de Dietrich, ils paraissent être ceux du membre inférieur surmonté d'un bassin entouré de muscles; dans celui de Ekl, il y avait des côtes, du rachis, du fémur et des orbites. André de Péronne, Velpeau, Corvisart, Duncan, Goodsir, Bœckel, Tillaux, Heschl, Geinitz, Spiess, Lang, Mac Ewen, Pilate, Le Dentu, ont tous rencontré du tissu osseux.

Le cartilage constitue un élément presque indispensable de l'inclusion fœtale. Les fragments de méninge et de substance cérébrale, le tissu adipeux, les fibres musculaires lisses et striées se rencontrent, et aussi les glandes en grappes, moins fréquentes que les glandes sudoripares et les glandes sébacées, annexes de la peau, tissu obligé de tout kyste dermoïde. Ces débris forment la partie solide

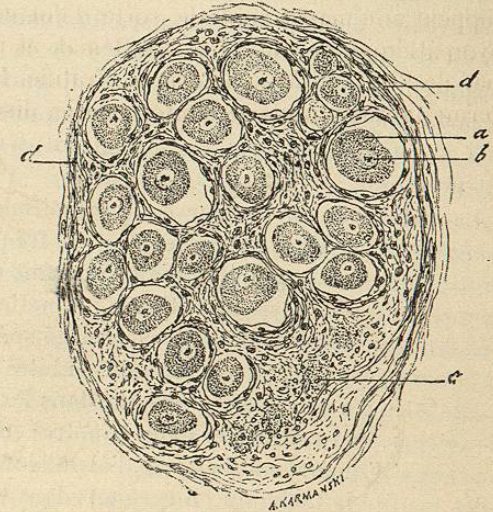


Fig. 262. — Coupe des ganglions nerveux situés au centre du bourgeon.

a, cellule contenant un noyau *b*. — *d*, tissu conjonctif. — *c*, tissu de fibres de Remak. (Cornil et Berger.)

du kyste; la partie fluctuante est constituée par des substances tantôt butyreuses et sébacées, tantôt liquides, de couleur jaunâtre, verdâtre, brune ou blanche et chargées d'albumine. A côté de la cavité kystique principale peuvent se trouver des loges secondaires, différentes les unes des autres et que tapisse un épithélium tantôt cylindrique, tantôt pavimenteux, simple ou stratifié. Cette variété dans l'épithélium de revêtement a permis à Kocher de distinguer les kystes muqueux, en général petits, à cavités multiples, remplies d'exsudats filants et opalins; puis les kystes pilo-sébacés, parfois uniques et à poches distendues par une substance épaisse, semblable à de la bouillie feutrée de poils ou de cheveux et dans les parois desquels des dents sont souvent incluses.

Symptômes. — Les tératomes sont des tumeurs congénitales; elles sont parfois assez volumineuses pour frapper l'attention dès la naissance et dans la plupart des observations — celles de Malherbe, de Prochaska, de Dietrich, de Lang, de Geinitz, de Guersant, de Verneuil, de Corvisart, — c'est avant l'âge de trois ans que l'enfant fut conduit au chirurgien; dans presque tous les faits, on accuse l'existence de la tumeur dès l'enfance. Cependant mon malade est opéré à trente et un ans, celui de Bœckel à trente-huit ans et sa tumeur n'aurait apparu qu'un an auparavant; chez celui de Spiess, on intervient à vingt-sept ans, et c'est à vingt et un ans que la grosseur est signalée. Ce phénomène est fréquent dans l'histoire de toutes les tumeurs congénitales; elles existent dès la naissance, mais, grâce à leur petit volume, elles passent inaperçues; puis tout