

exubérantes, saignantes et sphacélées. Ces fungus malins sont exceptionnels, et le malade est le plus souvent emporté par quelque généralisation viscérale avant que cette ulcération des téguments se produise. Les deux feuillets de la vaginale sont fusionnés et épaissis; cependant la coalescence n'est pas toujours complète, et l'on trouve de petites cavités kystiques remplies de liquide citrin prises pour une bosselure ramollie du néoplasme. Cette périorchite est de règle et s'accompagne d'une périépididymite plus considérable ailleurs; dans toutes nos observations, nous avons constaté l'existence, à peine signalée par les auteurs, d'une gangue fibreuse de plusieurs millimètres, et qui double ou triple le diamètre de l'épididyme. L'hydrocèle véritable est exceptionnelle, et n'est signalée qu'une fois dans nos 25 cas; encore ne contenait-elle que quelques grammes de liquide.

L'albuginée, parfois amincie, est le plus souvent épaisse malgré sa distension; elle est bleuâtre, et sur sa couche superficielle se dessinent des vaisseaux aplatis et rubanés; elle peut être, sur certains points, envahie et détruite par des masses cancéreuses qui pénètrent dans les feuillets adhérents et les néo-membranes de la vaginale. La surface de section de la tumeur est recouverte d'un suc visqueux et a souvent l'aspect de certains marbres rouges veinés de blanc; on n'aperçoit plus les tubes séminifères; à leur place est un tissu lardacé où l'on trouve, à côté de masses opalines, translucides, des noyaux caséux, phymatoïdes, semblables à de la châtaigne crue, puis des parties ramollies, cérébriformes ou ecchymotiques, vineuses, et comme parsemées de varices ampullaires. Ça et là, telle est la diffuence, qu'une bouillie rouge s'écoule, laissant des cavernes dans le tissu morbide. Ces territoires pultacés sont limités par des travées blanches, plus résistantes, peu vasculaires, et quelques-unes, qui vont du *rete testis* à l'albuginée, paraissent dues à l'hypertrophie des cloisons fibreuses.

Le *rete testis* ne serait jamais atteint primitivement. Cependant nous venons de recueillir un cas où le cancer semble être développé justement en ce point; il s'est accru, s'enfonçant comme un coin dans la substance testiculaire dont il se serait pour ainsi dire coiffé. Les tubes, refoulés à la périphérie de la glande, formaient autour de la tumeur une couche concentrique. Une seule fois nous avons rencontré cet aspect, mais plusieurs cas nous ont permis de constater en certains points la persistance des tubes séminifères; dans un de nos faits, ils formaient à la partie postérieure de la tumeur une sorte de calotte de 8 millimètres d'épaisseur; les canalicules sont reconnaissables; on peut les étirer avec la pince, sauf au pourtour des petits noyaux cancéreux. Dans un autre où la glande était comme bourrée de noyaux cancéreux durs et de la grosseur d'un haricot, on trouvait, dans plusieurs des travées scléreuses qui séparaient ces masses morbides, des tubes séminifères que déchirait la moindre tentative d'étirement.

Aussi ne saurions-nous dire en quel point se développe la tumeur, et si c'est au centre, comme le pense Kocher; toutes les régions peuvent être prises primitivement et même l'épididyme, non pas en règle générale, comme le croyait Robin, mais dans quelques cas exceptionnels. Dans 11 de nos observations, l'épididyme et le testicule sont envahis 7 fois simultanément; 4 fois l'épididyme est indemne. La proportion donnée par Kocher est différente, et, 15 fois sur 25, la glande tout entière est altérée; et 8 fois l'épididyme est intact. Les cas où l'épididyme est seul atteint sont exceptionnels; Péan en a publié un. D'ordinaire, ces lésions de l'épididyme sont plus fibreuses, moins diffuentes; les

travées y sont plus abondantes, les masses cancéreuses ont encore quelque résistance. Il n'est pas rare d'apercevoir sur la coupe les flexuosités épaissies du canal épидидymaire. Le cordon échappe le plus souvent à la dégénérescence; dans un de nos cas, il était volumineux et contenait des noyaux cancéreux de la grosseur d'un pois sur le trajet des lymphatiques, sorte de virole au travers de laquelle passent les vaisseaux blancs encore perméables. Le canal déférent était sain. Dans la forme dure, le *squîrre*, dont Nepveu a pu sur 9 cas donner une bonne description, la tumeur est peu volumineuse, à peine grosse comme un œuf de poule; son tissu compact crie sous le scalpel; les tractus fibreux y sont abondants; épидидyme et testicule ne font qu'une masse unique, blanche, peu vasculaire, enserrée par les feuillets épaissis de la vaginale. Deux fois, le canal déférent et le cordon étaient infiltrés par le néoplasme. Dans cette forme comme dans la précédente, les ganglions sont rapidement envahis, ceux de la cavité abdominale surtout, mais aussi ceux du médiastin, des bronches, du cou. Nous venons d'observer un fait où la récurrence avait pour siège les ganglions du triangle de Scarpa.

L'examen à l'œil nu ne révèle jamais avec certitude à quelle espèce appartient la tumeur; le microscope lui-même peut laisser en suspens, tant sont complexes les éléments du néoplasme et variées leurs combinaisons. Aussi ne faudrait-il pas s'attendre à trouver dans la nature des cas qui répondent toujours à nos descriptions un peu schématiques. Cependant Nepveu a montré que le *squîrre*, *carcinome dur* du testicule a, ici comme dans les autres organes, une charpente fibreuse épaisse, des travées de tissu conjonctif qui limitent des espaces en communication les uns avec les autres. Dans ces alvéoles, très petits, on trouve toutes les cellules épithélioïdes, tous les éléments polymorphes, larges, losangiques, en fuseau, en raquette, entourés d'un protoplasme granuleux à gros noyau. Dans l'*encéphaloïde*, *carcinome mou* ou *médullaire*, les mêmes cellules se rencontrent, libres dans un liquide abondant; les alvéoles sont énormes, les travées sont grêles et parfois infiltrées d'un grand nombre de cellules, rondes, fusiformes ou étoilées; grâce à cette absence de tissu fibreux et à cette abondance de cellules, on pourrait prendre ce néoplasme pour un sarcome, si l'on ne s'attachait à comprendre la valeur de ces cellules étoilées, fusiformes ou rondes qui, dans l'espèce, sont l'équivalent d'une travée fibreuse. Dans certains cas, la charpente, régulière ou remplie de capillaires à parois distinctes, à doubles contours, est constituée par des mailles étroites, en réticulum; les espaces n'en renferment pas d'éléments épithélioïdes différents des cellules embryonnaires du sarcome et des cellules du lymphadénome; sans cela, la confusion serait possible entre le *carcinome réticulé* et le sarcome et le lymphadénome.

Certaines modifications survenues dans la structure du néoplasme donnent naissance à des variétés particulières: on connaît le cancer *hématoïde* où les vaisseaux qui entourent les travées se multiplient et s'élargissent; ils peuvent même s'ouvrir dans des alvéoles dont les cellules dégénérées ont disparu, et ainsi se forme un tissu caverneux, abondant surtout lorsque le néoplasme, après avoir perforé le scrotum, vient s'étaler sur les bourses. D'autres fois, on observe, non plus de ces cavités anfractueuses dues à la fonte des tissus morbides, mais de véritables kystes tapissés d'un épithélium pavimenteux ou cylindrique avec ou sans cils vibratiles, ou caliciformes et contenant un liquide tantôt visqueux, tantôt clair, tantôt coloré par du sang. On a voulu n'y voir qu'une dilatation des tubes spermatiques; Malassez pense qu'ils se forment aux dépens d'amas

épithéliaux développés dans les lacunes de la charpente fibreuse du néoplasme; Monod admet l'hypothèse de Malassez, mais croit que la cavité aurait aussi pour origine la régression des cellules contenues dans les alvéoles cancéreux. « Les cellules qui subsistent à la périphérie prennent l'aspect d'éléments épithéliaux et forment, sur la paroi de l'alvéole transformé, un revêtement extérieur. »

On ne sait dans quelle région de la glande débute le cancer, on ne sait non plus quel est le tissu ou l'élément primitivement atteint: Birch-Hirschfeld pense qu'il a pour point de départ l'épithélium des tubes séminifères; Waldeyer, Talavera, Langhans partagent cette opinion; pour Monod, la tumeur aurait pour origine non les cellules des canalicules normaux, mais les éléments épithéliaux d'un tube de Pflüger inclus pendant la vie embryonnaire. Une fois développé, le néoplasme se propage et envahit les enveloppes, l'épididyme, le cordon où nous avons vu sur les vaisseaux blancs des nodules cancéreux; l'infection par les lymphatismes est la plus commune et les ganglions lombaires ne tardent pas à se prendre; de là se fait une nouvelle propagation vers le thorax et la région cervicale; lorsque les ganglions de l'aîne sont frappés, c'est que les vaisseaux blancs des bourses dont les troncs aboutissent à l'aîne sont atteints. On a noté l'infection par les veines; le cancer a détruit la paroi et saillie dans la lumière des vaisseaux; le courant sanguin emporte un fragment de ce bourgeon qui va se greffer au loin et produire une tumeur secondaire.

2° MALADIES KYSTIQUES

A. Cooper, en 1804, décrit la *maladie kystique*, que caractérise la formation de cavités nombreuses de volume et de contenu variés; ce néoplasme fut rangé parmi les tumeurs bénignes; mais, plus tard, on reconnut que certains évoluaient comme les pires des cancers, et Curling, puis Gosselin en décrivent deux variétés, l'une maligne et l'autre non maligne. Trélat leur chercha, sans succès, des caractères anatomiques différents. Le mémoire de Conche, en 1865, n'éluce pas la question, puisque l'auteur ne dégage pas moins de six espèces de tumeurs kystiques. En 1876, Malassez prouve que la maladie kystique est un épithélioma mucoïde et dermoïde analogue à celui qui se développe dans l'ovaire; Perriquet se crut en droit de compléter l'assimilation, et comme les kystes ovariens n'ont pas l'allure des tumeurs malignes, il déclara bénigne la tumeur testiculaire; mais bientôt l'opéré de son observation unique mourut, emporté par une généralisation.

Les enveloppes ne présentent aucune modification; la vaginale elle-même est intacte, mais elle porte parfois des signes d'inflammation, un peu de sérosité ou des adhérences et des néo-membranes; l'albuginée saine, quelquefois un peu amincie, se laisse soulever par des saillies, dues au développement de kystes sous-jacents. Le testicule, triplé ou quadruplé de volume, montre des cavités dont les unes logeraient à peine un grain de mil et les autres un œuf de pigeon; entre ces deux dimensions on note tous les intermédiaires. Les kystes, séparés les uns des autres par des travées fibreuses peu épaisses, ont une paroi lisse sur laquelle proéminent des bourgeons et des villosités; leur contenu est citrin, transparent, ou visqueux, rougeâtre, noir ou violet, tantôt grasseux, tantôt blanchâtre, chatoyant et nacré. Cet aspect suffit pour que Kocher divise les kystes en *muqueux* et en *athéromateux*. Dans la pièce étudiée par Malassez,

dans celle de Trélat, la substance testiculaire refoulée formait à la tumeur comme une nouvelle enveloppe doublant l'albuginée; l'épididyme est sain ou aplati et comme rubané; le canal déférent est intact.

La description de Malassez est classique: la tumeur est constituée par un stroma, charpente fibreuse où l'on trouve de rares fibres élastiques, quelques fibres musculaires lisses et peu de vaisseaux; parfois des nids de cellules embryonnaires au milieu des fibrilles conjonctives. Sur ce stroma s'appuie la paroi de tissu conjonctif tapissé de cellules dont les unes sont grandes, à un ou deux noyaux, polygonales, ou plus petites et polyédriques, ou cylindro-coniques sans cils vibratiles ou cylindriques avec plateau et cils vibratiles, caliciformes. Outre le liquide, de consistance et d'aspect différents, on trouve parfois une substance blanche comparée à du talc ou à des perles, globes épidermiques dus à la stratification des cellules. Quant à la coque périphérique, on y voit les tubes atrophiés et transformés en un cordon plein qui se confond avec les faisceaux fibreux voisins.

En aucun point, ni dans cette coque glandulaire, ni dans le stroma du néoplasme, ni dans les parois des kystes, Malassez n'a trouvé de tubes séminifères dilatés, phase intermédiaire qui mènerait du canalicule normal au kyste proprement dit. Aussi l'auteur repousse-t-il la pathogénie imaginée par A. Cooper, reprise par Curling, rajeunie par Kocher et par Langhans, et d'après laquelle les cavités seraient dues à la prolifération des cellules intra-tubulaires qui donneraient naissance à des bourgeons latéraux, adénomes, creusés ensuite, grâce à la désagrégation des cellules. La tumeur aurait une origine extra-caniculaire, et c'est dans le tissu conjonctif interstitiel que se déposeraient de petits amas de cellules, pleins d'abord, puis présentant une cavité que les exsudations vasculaires ou la dégénérescence des cellules rempliraient de liquide. Le néoplasme est donc un épithélioma *myxoïde*. Dans certains cas, les cellules typiques pourraient franchir la paroi du kyste, pénétrer dans le stroma, y proliférer sous forme métatypique et constituer un vrai carcinome: de là cette malignité que revêt le néoplasme. Les observations dernières n'ont fait que la confirmer, et huit mois après son ablation, la maladie kystique opérée par Rémy⁽¹⁾ récidivait sous forme de sarcome tétangiectasique à grandes cellules.

3° TUMEURS MIXTES

Malgré leur fréquence, nous serons bref sur la description des *tumeurs mixtes*. En effet, d'une part, leur aspect est à peu près identique à celui des carcinomes: ce sont les mêmes masses cérébriformes, médullaires, lardacées, ecchymotiques, ocreuses, les mêmes noyaux ramollis, diffluent, avec leurs hémorragies interstitielles, les mêmes tractus fibreux, mais avec des îlots cartilagineux comme dans l'enchondrome. D'autre part, le microscope y démontre l'existence de cellules épithéliales et de kystes, comme dans la maladie de Malassez, d'éléments métatypiques qu'enserrent des alvéoles comme dans le carcinome, des noyaux osseux, fibreux, musculaires comme dans les ostéomes, les fibromes et les myomes. Il s'agit d'un mélange de néoplasmes dus sans doute à la proximité de l'éminence génitale et des trois feuillets du blastoderme dont quelques diverti-

(1) RÉMY, Voy. A. Jeanne, Société anatomique, juin 1896.

cules peuvent s'inclure dans le futur testicule. Ces divers tissus se rencontrent rarement en proportion égale; il en est un dont l'importance domine sinon en quantité, du moins en qualité, et tel foyer, enlevé comme tumeur mixte, récidive en un tissu moins complexe.

4° SARCOMES

Rindfleisch proclamait le *sarcome* une des tumeurs les plus fréquentes du testicule; Virchow, au contraire, le considérait comme rare, et les recherches de Langhans lui donnent raison. Monod remarque que le stroma du carcinome est souvent infiltré de cellules embryonnaires; elles voilent la charpente des alvéoles et les caractères du carcinome échappent à l'observateur.

Les lésions microscopiques du sarcome sont celles du carcinome; l'examen au microscope montre ce sarcome peu différent du sarcome des autres régions: cellules petites, rondes, globo-cellulaires ou allongées, fusiformes, fuso-cellulaires mélangées à quelques myélopaxes, éléments à plusieurs noyaux et à quelques cellules polyédriques; entre ces éléments une substance inter-cellulaire plus abondante. On voit un fin réticulum, réseau fibrillaire dont les mailles renferment les cellules; ce néoplasme prend alors le nom de *sarcome alvéolaire* ou *lymphoïde* et ressemble au carcinome. Le diagnostic en est délicat. « Pour éviter l'erreur, disent Monod et Terrillon, on s'appuiera sur le caractère des cellules, épithéliales dans le carcinome, embryonnaires dans le sarcome, et surtout sur l'existence, entre chaque cellule du sarcome, d'une certaine quantité de substance intercellulaire, peu abondante. Les vaisseaux, en contact direct avec les cellules, paraissent le centre de la prolifération néoplasique; aussi Monod a-t-il de la tendance à considérer le sarcome comme ayant pour origine l'endothélium vasculaire. Presque toujours les tubes ont disparu; lorsqu'on en retrouve quelques vestiges, ils sont séparés par les cellules embryonnaires avec lesquelles leurs parois semblent se confondre. La néoplasie envahit l'épididyme; mais on ne sait lequel de l'épididyme ou du testicule est le premier atteint par la dégénérescence sarcomateuse.

Le sarcome du testicule présente plusieurs *variétés*: le *cysto-sarcome* est caractérisé par la présence de cavités petites comme un pois ou comme une noisette, distendues par du liquide séreux ou par une substance colloïde; leur paroi, qui se recouvre d'excroissances papillaires, est tapissée d'un épithélium plat ou cylindrique, avec ou sans cils vibratiles. Le *sarcome hématoïde* ou *angioplastique* montre, au milieu des éléments embryonnaires, de grandes cellules à noyaux multiples, les anciens myélopaxes, éléments vasoformateurs, origine des vaisseaux sanguins. A leurs dépens se développent les réseaux qui donnent à la tumeur sa structure caverneuse. Le *fibro-sarcome* a peu d'éléments cellulaires, mais une grande abondance de tissu fibreux fasciculé. Il est petit, dur, mais moins que le squirrhe. Le *myxo-sarcome* est mou, volumineux et semblable à de la gélatine; sa masse est transparente et le microscope y révèle de grandes cellules étoilées. Un *sarcome névroglie* a été opéré par Verneuil et étudié par Ranvier. Enfin, dans le sarcome comme dans le carcinome, on rencontre l'infiltration *mélanique*, et, dans ce cas, il s'agit presque toujours d'une dégénérescence secondaire.

5° LYMPHADÉNOMES

Malassez, dont le nom revient toujours dès qu'on parle de l'anatomie pathologique du testicule, a le premier décrit, en 1874, le *lymphadénome* dont cinq ans plus tard son élève Talavera donnait une étude plus complète; la même année, Monod et Terrillon reprenaient les 8 cas connus jusqu'alors et, y ajoutant un fait nouveau, écrivaient sur la question une monographie à laquelle n'ont guère ajouté trois observations publiées depuis. Aussi, malgré Birch-Hirschfeld et Kocher qui englobent ce néoplasme parmi les sarcomes, admettons-nous l'espèce nouvelle dégagée par nos compatriotes; elle est rare, et, en dix-huit ans, on n'en a recueilli que 12 cas.

Le lymphadénome est en général moins volumineux que le sarcome ou le carcinome; les enveloppes sont saines; la vaginale intacte ne contient pas de sérosité; l'épididyme est rarement envahi, mais souvent comprimé, aplati, atrophié par le développement de la tumeur; le testicule, entouré d'une albuginée bientôt envahie par le tissu morbide, conserve sa forme et paraît seulement agrandi dans ses diamètres. Dans un cas de Ricard⁽¹⁾ (l'épididyme était envahi en même temps que le testicule et la récidive suivit de très près l'opération. La coupe est d'une coloration grise ou rosée à peu près uniforme; la lobulation est conservée mais les cloisons sont plus épaisses; souvent le parenchyme paraît intact, mais les tubes ne sont pas étirables. Au microscope, on reconnaît l'existence d'un réticulum pareil à celui des ganglions lymphatiques. Les travées, minces et réfringentes, recouvertes de cellules plates, vont s'insérer sur les vaisseaux sanguins et les canalicules parfois intacts et simplement dissociés par les masses épaisses du tissu morbide. Le plus souvent, leur membrane interne est hypertrophiée; leur tunique externe est remplacée par le réticulum très serré; plus tard le tube disparaît devant les progrès de la néoplasie, et l'on ne trouve plus que des mailles remplies par des cellules de 8 à 12 μ , à noyau volumineux multinucléé et à protoplasma peu abondant. D'après l'examen de lymphadénomes récents, il semble probable que la lésion débute, disent Monod et Terrillon, « par une infiltration de cellules lymphoïdes dans le parenchyme glandulaire; l'apparition du réticulum serait consécutive et correspondrait à une phase ultérieure de la dégénérescence ».

6° ENCHONDROMES

C'est une des tumeurs le plus anciennement connues et J. Müller, avant 1840, en avait publié une observation. En France, Dauvé présente une pièce, puis communique à la Société de chirurgie un mémoire sur lequel Béraud fait un rapport. A partir de cette époque, les cas sont enregistrés avec soin: Gyoux, Adam, Marion, Bernard choisissent l'enchondrome du testicule comme sujet de leur thèse inaugurale; Poinot, Théophile Anger, Verneuil, Richet publient des observations et les accompagnent de commentaires; Virchow et Billroth se préoccupent du mode de développement de la tumeur, et Kocher rassemble les matériaux épars.

(1) RICARD, Société anatomique, avril 1884.

L'enchondrome passe pour fréquent; mais on donne souvent ce titre à des tumeurs mixtes où domine le tissu cartilagineux. L'enchondrome pur est rare et Kocher n'arrive guère qu'à 8 cas à peu près authentiques, portés à 11 par Monod et Terrillon. Les enveloppes sont saines, la vaginale intacte ou un peu épaissie; l'albuginée est normale, ou amincie par l'agrandissement de la glande. Celle-ci est régulière, lisse, exceptionnellement bosselée; sur une coupe elle présente des noyaux saillants, ligneux, arrondis ou ovalaires, gros comme un grain de chènevis, une bille, un œuf de pigeon, de couleur bleue, blanche, opaline, nacré, et séparés par des travées vascularisées et d'apparence fibreuse au sein desquelles on trouve de petites productions cartilagineuses ou des cavités remplies de liquide. Le néoplasme peut être mou tout en restant cartilagineux, et sa structure n'est alors reconnue qu'au microscope; le tissu fibreux et les cellules embryonnaires sont abondants. Quel que soit son aspect, la tumeur se développe au niveau du *rete testis*; elle pénètre comme un coin dans le parenchyme, le refoule et s'en coiffe; la substance glandulaire forme, sous l'albuginée, une coque d'une faible épaisseur où on reconnaît les tubes séminifères. L'épididyme est intact ou refoulé et rubané par le néoplasme qui peut aussi l'infiltrer de masses cartilagineuses. Le cordon est sain; cependant Paget y a vu, dans un cas, de petits noyaux cartilagineux.

Le tissu cartilagineux se présente parfois sous forme de tractus allongés, de cylindres enchevêtrés ou anastomosés, pelotonnés sur eux-mêmes, contournés en hélice et on peut alors voir la masse cartilagineuse contenue dans une lacune, une cavité aplatie ou un boyau fibreux à surface lisse. Aussi a-t-on cru longtemps à l'origine intra-tubulaire de l'enchondrome. Les recherches de Billroth et de Virchow semblent prouver que les cellules cartilagineuses agglomérées s'accumulent dans les lacunes lymphatiques. Monod se demande si ces lacunes ne sont pas préalablement dilatées par le développement primitif de l'enchondrome dans le corps d'Highmore; la masse morbide oblitère les vaisseaux blancs; la lymphe ne circule plus et il se fait une rétro-dilatation du réseau jusqu'aux lacunes et aux espaces lymphatiques de Ludwig. Virchow croyait que l'enchondrome évolue aux dépens du tissu interstitiel; les cellules cartilagineuses nées des cellules conjonctives formeraient des noyaux, vers la périphérie desquels on trouve une masse fibrillaire avec des cellules allongées, puis fibreuse qui ne serait que la réapparition du tissu conjonctif normal aux limites du foyer morbide. D'autres pensent, selon Conheim, que pendant la vie embryonnaire — et grâce à la proximité de l'éminence germinative et des protovertèbres — des cellules aberrantes se sont déposées dans le futur testicule et se développent plus tard en un enchondrome.

On trouve dans les enchondromes toutes les variétés du tissu cartilagineux: le type hyalin est le plus fréquent, mais le fibro-cartilage n'est pas rare; les fibrilles sont parfois abondantes, parsemées de cellules jeunes; le tissu est alors mou, du moins peu résistant, et le microscope seul révèle l'existence du cartilage. On a rencontré aussi les cellules étoilées et anastomosées et séparées par une substance fondamentale à demi liquide. Les masses morbides peuvent subir la dégénérescence grasseuse et muqueuse, donner ainsi naissance à des cavernes remplies de matière verdâtre et de débris de cellules et de substance fondamentale, ou bien encore se calcifier et s'ossifier.

7° MYXOMES

Le *myxome* du testicule est exceptionnel et, si on défalque les cas où un autre tissu s'ajoute au tissu myxomateux, on trouve tout au plus 3 ou 4 observations de myxome pur. Nous en avons vu opérer un par Trélat⁽¹⁾, qui avait cru à une hématocele vaginale. Le néoplasme était tremblotant comme de la gelée; le microscope y révéla l'existence d'une substance transparente, parsemée de cellules rondes et fusiformes. Les réseaux sanguins étaient abondants, les parois des vaisseaux constituées par une couche d'épithélium plat, supporté par la substance amorphe; plusieurs étaient rompus et avaient provoqué de petits foyers hémorragiques. Les tubes avaient disparu. C. Romano a vu un myxome dont les végétations avaient franchi les enveloppes scrotales; Brens cite un autre cas où la généralisation aurait emporté le malade en dix semaines; le tissu myxomateux avait ulcéré les veines du cordon, pénétré jusque dans la veine cave et le cœur, d'où il avait été projeté dans les poumons; Waldeyer a noté un fait à peu près semblable, mais où il s'agissait plutôt de tumeurs complexes. Celui de Richon⁽²⁾ est plus authentique, bien que Kienér ait trouvé quelques cellules cartilagineuses au milieu des masses myxomateuses, et des cavités kystiques attribuées, à tort peut-être, à une dilatation des tubes séminifères.

8° FIBROMES

Aussi rares sont les *fibromes*; Péan a publié et figuré un cas où le testicule entier était envahi par le tissu fibreux. Dans un fait antérieur, de Cruveilhier⁽³⁾, le néoplasme était lourd, dur, criant sous le scalpel et ressemblant à un fibrome utérin. Paget, cité par Curling, parle d'une tumeur analogue développée en sept ans, chez un homme de trente-sept ans. Le fibrome pourrait naître du corps d'Highmore et, de là, pénétrer dans la tête et dans le corps de l'épididyme en laissant intactes les autres parties de la glande, ainsi que le signalent Kocher et Fergusson, ou bien s'accroître aux dépens de l'albuginée, comme Warrington Haward l'aurait vu.

9° OSTÉOMES

Plus rares encore les *ostéomes*. Neumann⁽⁴⁾ a examiné un cas de Schœnborn: la tumeur, du volume d'un œuf d'oie, s'était développée dans le testicule gauche; la vaginale intacte contenait un peu de liquide, l'épididyme était sain, le testicule lisse et dur; la substance glandulaire avait disparu, et à sa place on trouvait une substance spongieuse au centre, compacte à la périphérie; çà et là, quelques noyaux fibreux au sein desquels de petits foyers de cartilage hyalin. La masse principale était du tissu osseux avec ses lamelles et ses canalicules de Havers. Dans l'observation de Price⁽⁵⁾, les deux testicules et les deux épidi-

(1) BRUN, Myxome du testicule. *Bull. de la Soc. anat.*, 1878, t. III, p. 525.

(2) RICHON, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1885, t. IV, p. 150.

(3) CRUVEILHIER, *Traité d'anat. path. gén.*, 1856, t. III, p. 731.

(4) NEUMANN, *Arch. der Heilkunde. Leipzig*, 1875, t. XVI, p. 92.

(5) PRICE, *Transact. of the pathol. Soc. of London*, 1885, t. XXXVI, p. 296.