

dymes étaient envahis par l'ossification; les tubes avaient presque disparu; au microscope, la masse dure se trouva être du tissu osseux. Ces pièces étaient dues aux hasards d'une autopsie.

10° MYOMES

On en décrit deux variétés : les myomes lisses ou *liomyomes*, fréquents surtout au niveau de l'épididyme et du canal déférent et que nous décrirons avec les tumeurs du cordon spermatique, et les myomes striés, *rhabdomyomes*, dont les observations sont rares, si l'on en écarte les tumeurs mixtes. A l'exemple de Monod et Terrillon, nous ne retiendrons que le cas de Rokitansky et celui de Neumann : dans le premier, jeune homme de dix-huit ans, tumeur évoluée en quatre mois; on trouva sur l'albuginée une masse blanche, fasciculée, constituée par des fibres musculaires striées, avec quelques rares fibres élastiques et conjonctives. Dans le second, enfant de trois ans et demi, tumeur du volume d'une noix dans le testicule proprement dit et sans connexion avec l'épididyme; elle est élastique, blanche, fasciculée et formée de fibres musculaires striées. Elle se serait développée aux dépens des débris du *gubernaculum testis*. Ici encore, Monod et Terrillon invoquent la théorie de Conheim et veulent y voir l'inclusion de quelques éléments musculaires du feuillet moyen du blastoderme.

Symptômes. — A ces diverses espèces anotomo-pathologiques ne correspondent pas des tableaux cliniques distincts, et nous sommes forcé de grouper, sous le titre de cancer de la glande spermatique, les carcinomes vrais, les sarcomes, les tumeurs mixtes, certains enchondromes mous et même les lymphadénomes, malgré les tentatives trop rarement couronnées de succès pour les reconnaître à certains signes. Aussi allons-nous étudier en bloc ces néoplasmes que sépare le microscope, quitte à montrer, à propos du diagnostic, en quoi certaines tumeurs diffèrent les unes des autres.

Le « cancer » du testicule est une affection relativement rare; elle compterait pour 1/2, 1, 2, 3 ou 4 pour 100 suivant les diverses statistiques, dans la mortalité générale provoquée par les tumeurs malignes de l'organisme entier. Denonvilliers le considère comme plus fréquent que l'hématocèle. Nous souscrivons à cette affirmation, mais pas à celle de Vidal de Cassis, pour qui la tumeur n'est jamais bilatérale; car si l'on a cité des cas où les deux testicules sont envahis, le fait est exceptionnel. La dégénérescence cancéreuse n'est pas, dans cet organe, le privilège de la vieillesse; on la rencontre dans l'âge mûr, de trente à cinquante ans; après cette époque, elle devient aussi rare que dans l'adolescence; mais dans la première enfance elle est assez fréquente, et Monod en a recueilli jusqu'à 50 exemples. On ne saurait dire sous quelle influence éclate le mal; il se développe sans raison; l'hérédité ne paraît pas en cause, mais les traumatismes jouent un rôle incontestable et, chez des « prédisposés », le cancer se montre à la suite d'une violence qui explique aussi la prédilection du cancer pour les testicules en ectopie. On a accusé les blennorrhagies antérieures et la syphilis; Ricord insistait sur « la prise » que cette tare offre au cancer.

L'affection débute d'une manière insidieuse; tout au plus le malade éprouve-t-il de la gêne, de la pesanteur des bourses, un tiraillement dans la région lombaire, lorsqu'il s'aperçoit que la glande a pris déjà un développement anormal.

A cette première période, le chirurgien trouve le scrotum intact; la vaginale, parfois soulevée par quelques grammes de liquide et le testicule lisse, régulier, lourd, de consistance à peu près normale, est sensible encore à la pression, mais augmenté dans ses diamètres. Ce développement peut être lent, progressif ou procéder par poussées aiguës. La glande atteint la grosseur d'un œuf d'oie ou de dinde; sa consistance et sa forme ne sont plus les mêmes : par place, la tumeur conserve une dureté ligneuse, mais çà et là elle est molle, presque fluctuante, et les points où elle cède ainsi sous les doigts correspondent à des bosselures qui soulèvent l'albuginée et même le scrotum rouge, violacé, et parcouru par des vaisseaux plus abondants. Quelquefois la rénitence est due, non aux masses ramollies qui soulèvent l'albuginée amincie ou perforée, aux foyers hémorragiques, mais à une hydrocèle, rare d'ailleurs et peu abondante, car on signale à peine quatre observations où le liquide ait voilé les irrégularités de la glande.

A cette période, la tumeur peut acquérir un énorme volume, dépasser le poing d'un adulte, la tête d'un fœtus, et descendre jusqu'à mi-cuisse. N'a-t-on pas cité des néoplasmes de plusieurs kilogrammes? Le sarcome enlevé par Le Garrec pesait 4 kilogrammes, et celui de Johnson, 10. Les bosselures se sont accentuées, la glande a perdu sa sensibilité; peut-être en un point la retrouve-t-on : l'infiltration, alors, respecte une partie du parenchyme. Mais ces cas sont exceptionnels. D'ordinaire, le cordon est sain, cependant on peut le trouver tuméfié et y sentir des noyaux cancéreux; les veines, les artères sont dilatées, et l'on cite des faits où la spermatique avait le volume de la radiale. A un tel degré, la tumeur franchit les enveloppes, et des végétations saignantes, ulcéreuses et sanieuses s'étalent à la surface des téguments.

Déjà le cancer n'est plus localisé, et, que le cordon paraisse intact ou envahi, on sent dans le ventre des masses ganglionnaires; chez les individus gras, à pannicules épais, elles se déroberaient aux recherches, mais chez les maigres elles soulèvent la paroi abdominale. Rien n'est plus variable que leur évolution : tantôt les ganglions sont précocement envahis : 3 mois après le début du mal dans 1 cas relevé par Kocher; dans 2 cas 4 mois après; 3 fois au bout de 6 mois, 4 fois au bout de 10, 2 au bout de 1 an, 4 au bout de 1 an 1/2, 2 au bout de 2 ans. Le volume est non moins variable. Nous avons vu la masse ganglionnaire remonter jusqu'à l'ombilic; Monod a cité un fait semblable. Ce développement ne paraît pas en rapport avec celui de la glande atteinte, et celle-ci peut dépasser à peine son volume ordinaire, que les masses prévertébrales font déjà bomber la paroi de l'abdomen. Les ganglions de l'aîne ne sont point pris avant que les enveloppes scrotales soient dégénérées; cependant Broca a cité des envahissements « rétrogrades » et survenus sans que les bourses fussent atteintes. Nous venons d'observer un individu chez qui on avait enlevé un testicule cancéreux contenu dans un scrotum souple et non adhérent; la récurrence s'est faite au pli de l'aîne. Monod et Terrillon relèvent 5 cas semblables dus à Moxon, à Maunoir, à Pirotais, à Vischer et à R. Moutard-Martin.

Antonin Poncet⁽¹⁾ et son élève Lesnes⁽²⁾ ont noté, comme Troisier dans le cancer de l'utérus, une adénopathie sous-claviculaire gauche liée à l'évolution du cancer du testicule. Les ganglions dégénérés siègent à gauche, quel que soit

(1) PONCET, Soc. de méd. de Lyon, 4 déc. 1894.

(2) LESNES, Thèse de Lyon, 1895.

le testicule atteint par le néoplasme, ainsi que le démontrent les trois faits relatés par l'auteur. Cette localisation singulière est certainement due à l'insuffisance des valvules des lymphatiques du cou et à la gêne de la circulation provoquée par la coudure du canal thoracique. La lymphé stagne et, dans les efforts, un remous peut se produire qui, du canal thoracique, fait refluer la lymphé vers les ganglions du cou. C'est ainsi qu'une embolie cancéreuse peut aller se greffer sur les ganglions sous-claviculaires gauches. Carlier (1) a constaté une adénopathie semblable dans un cancer de la prostate.

Les douleurs sont loin d'être constantes, même aux périodes avancées. Cependant aux tiraillements, à la gêne du début peuvent succéder des souffrances vives dans le cordon, dans l'aîne, dans la région rénale, à la hanche, à la cuisse; elles se réveillent à la moindre pression, au plus léger frôlement. Elles sont parfois spontanées, surviennent par crises, et prennent la forme d'accès névralgiques. Lorsqu'elles sont intenses, elles hâtent l'apparition de la cachexie cancéreuse qui coïncide souvent avec le développement exagéré des ganglions prévertébraux, avec des troubles circulatoires, l'œdème des membres inférieurs; il peut y avoir de la compression des intestins; puis la généralisation se fait: on cite quelques cas où des noyaux cancéreux ont envahi la colonne vertébrale, comprimé la moelle et provoqué de la paraplégie; dans une observation, cette dégénérescence vertébrale fut prise jusqu'à la mort pour un mal de Pott.

On ne saurait établir, d'après un type régulier, la marche du cancer: parfois elle est rapide, surtout chez les enfants, surtout dans les formes molles, et quelques mois suffisent pour amener la mort. La glande grossit; on croit à une inflammation, mais le cancer s'affirme et emporte le malade par dégénérescence viscérale et par cachexie. Ce pas accéléré est rare; plus souvent le néoplasme se développe sans hâte, reste stationnaire, puis grossit, puis s'arrête après cet effort pour reprendre de nouveau. Nous avons soigné un malade chez qui, pendant trois ans, Ricord avait diagnostiqué un testicule syphilitique. Dans le cours de la quatrième année, une poussée aiguë nous révéla la nature du mal; en moins de trois mois, la mort survenait. En général, du jour de la constatation au terme inévitable, l'évolution complète dure trois ans, mais certaines carcinomes peuvent tuer en quelques mois, surtout chez les enfants, où, d'après Monod, « la mort survient en moyenne un an après le début ».

Dans d'autres formes, la terminaison fatale peut être retardée: Nèpeu a décrit le *squirrhe*, forme rare où le mal progresse avec lenteur; la glande, qui dépasse à peine le volume normal, qui peut même le perdre par régression du tissu morbide, est dure; elle reste ainsi, indolente dans les bourses, sans adhérence aux enveloppes et sans ulcération; souvent le cordon est envahi par des nodosités et les envahissements des ganglions, quoique tardifs, sont parfois considérables; il n'y a aucune corrélation entre leur volume, qui peut remplir tout le ventre, et la tumeur primitive, presque perdue dans les bourses. Le caractère principal de ce squirrhe est son évolution lente, qui, dans un cas de Dolbeau, dépassa huit années.

La mort est certaine. Si, après castration, une tumeur du testicule n'a pas récidivé, il faut tenir le diagnostic pour douteux. Et de fait, la réapparition du mal est si rapide, elle est tellement de règle, que beaucoup préconisent l'abstention systématique. Nous n'irions pas jusque-là malgré les résultats peu brillants

(1) CARLIER, Assoc. franç. d'urologie, session de 1896.

obtenus jusqu'ici: parmi les opérés que nous avons pu suivre, un seul a vécu quatre ans après l'intervention; la tumeur était un sarcome embryonnaire. Mais Paget a vu un opéré de douze ans; Curling, Baring, parlent de quatorze, et de Confevron de dix-neuf. Le microscope était encore inhabile à découvrir les tumeurs, mais dans le fait de Guyon rapporté par Monod, où dix ans après l'ablation d'un carcinome réticulé, développé dans un testicule en ectopie, l'opéré vivait encore; dans ceux de Winiwarter, de Volkmann, de Parisot, de Jalaguier, de Kocher, où au bout de deux ans, trois ans, quatre ans et demi et huit ans et demi, la récidive ne s'était pas faite.

La *maladie kystique* n'a guère de signes qui permettent de la reconnaître: elle se développe surtout chez de jeunes hommes, elle atteint rarement un énorme volume, et si Curling a publié un cas où son plus grand diamètre mesurait 15 centimètres, le néoplasme ne dépasse guère la grosseur d'un œuf de dinde; sa surface est lisse, régulière, d'une résistance uniforme et qui tiendrait le milieu entre la dureté des tumeurs solides et la rénitence des tumeurs liquides, une sorte de dépressibilité particulière, de fausse fluctuation qui ne tromperait plus ceux qui l'ont perçue une fois. Du reste, le testicule kystique est opaque, à moins qu'une hydrocèle fort rare ne vienne induire en erreur par une transparence toute superficielle. La glande est indolore; on ne note aucune souffrance spontanée et la pression ne réveille plus la sensibilité du testicule sain.

En dehors de cette consistance particulière, signe décevant, car les cliniciens sont rares qui ont rencontré des maladies kystiques, on ne voit à quel caractère rattacher le diagnostic; seuls la marche de la maladie, le lent accroissement, l'absence de bosselures, d'irrégularités, de foyers ramollis, l'intégrité habituelle du cordon et l'absence d'envahissement des ganglions pourraient être de quelque secours, précaire, en vérité, car l'intervention n'ayant de valeur que si elle est précoce, on n'attendra pas pour agir que la généralisation survienne. D'ailleurs nous semblons admettre ici l'hypothèse de la bénignité de la maladie kystique: il se peut que parfois elle soit confirmée, mais, même pièce en main, la difficulté est telle de distinguer la maladie kystique « pure » des tumeurs mixtes à récidives rapides, l'erreur a été commise si souvent par des micrographes et des cliniciens d'une telle valeur, que cette discussion sur le diagnostic est sans portée; le chirurgien serait heureux d'avoir reconnu l'espèce néoplasique avant l'ablation, mais, dans tous les cas, sa décision sera la même.

L'*enchondrome* n'a pas de caractères nets; il se développe chez des individus de trente à quarante ans: jamais chez le vieillard, rarement chez l'enfant; dans un cas de Weber, l'affection était congénitale; les traumatismes peuvent provoquer son apparition. La tumeur naît sans réaction, sans signe appréciable; la glande grossit et atteint le volume d'un œuf de poule ou de dinde et même plus: dans un cas de Demarquay, on l'a vue mesurer 50 centimètres de circonférence. Parfois gênante par son poids, le plus souvent indolore, elle reste stationnaire et, pendant six mois, un an, deux ans, cinq ans, comme dans une observation de Verneuil, elle conserve son volume pour s'accroître ensuite tout d'un coup, et l'enchondrome entre dans sa seconde période, celle du développement rapide. Le testicule, à surface lisse, est dur, ligneux; mais en certains points, on perçoit de la fluctuation au niveau des foyers de ramollissement. Cette diversité de résistance est curieuse, mais plutôt nuisible pour le diagnostic,