

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 lymphe stagne et, dans les efforts, un remous peut se produire qui, du canal thoracique, fait refluer la lymphe 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,

car elle rappelle l'inégale dureté des carcinomes, et surtout des tumeurs mixtes où se déposent si souvent des noyaux cartilagineux. L'indolence de la première période se retrouve dans la seconde, et les souffrances spontanées sont rares; la sensibilité spéciale a disparu; quand elle persiste, c'est que quelque portion du tissu glandulaire n'a pas été étouffée par le néoplasme.

On décrit une troisième période, celle de la généralisation. En effet, dit Virchow, « le beau rêve de la bénignité absolue de l'enchondrome est bien évanoui », et il n'existe pas d'observatoir où un opéré ait été suivi trois ans sans qu'on note la récurrence. Le seul qu'on cite, le malade de Théophile Anger, fut perdu de vue au bout de deux ans et demi. Les promesses du microscope n'ont pas été tenues, et la tumeur, abandonnée à elle-même ou extirpée, se propage bientôt : noyaux dans le cordon, tuméfaction des ganglions de l'abdomen, généralisation dans les poumons, dans la colonne vertébrale, cachexie et mort avant un an.

Le *lymphadénome* n'a guère, au début du moins, de caractères spéciaux : la tumeur se développe lentement, et si, dans une observation de Berger, elle avait en six mois atteint un gros volume, dans la plupart des autres on la voit stationnaire pendant plusieurs années; on cite un cas où l'opération ne fut pratiquée qu'au bout de huit ans. Le néoplasme ne provoque qu'un peu de gêne, et le fait de Schwartz paraît unique où la castration fut demandée par le patient tant étaient vives les douleurs. Le testicule conserve sa forme; on dirait qu'il est hypertrophié, agrandi dans son diamètre; sa surface est régulière, sa consistance élastique et partout égale; l'épididyme échappe parfois à l'envahissement, mais comme il peut s'aplatir, il est difficile de le retrouver. Le cordon est intact et la vaginale ne contient que rarement un peu de liquide. Mais tous ces signes, l'intégrité de l'épididyme, la régularité de la tumeur, sa surface lisse, sa consistance élastique jointe à la lenteur du développement, sont précaires, et le diagnostic ne serait jamais porté avec sûreté si l'on n'avait insisté sur deux caractères d'une plus grande valeur, la bilatéralité fréquente de la lésion, et l'existence, en un autre point du corps, de quelques noyaux de lymphadénome.

Monod et Terrillon trouvent que, sur 9 cas, 6 fois les deux testicules sont atteints tantôt simultanément, tantôt successivement. Il y a là une précieuse indication, car on sait combien les « cancers » bilatéraux sont rares; on cite quelques cas de sarcome, mais ils sont exceptionnels. D'autre part, Trélat a montré que le malade, outre la tumeur du testicule, offre souvent, en un lieu quelconque, une autre tumeur lymphadénique. Pour ne pas la méconnaître, un examen attentif est nécessaire. « Vous êtes en présence d'un malade vigoureux qui vous consulte pour une tumeur bien circonscrite et si par hasard vous lui trouvez, sur un autre point du corps, quelque autre petite grosseur, vous apprenez qu'elle n'a ni histoire ni manifestation; le malade ne s'en doute pas; elle ne lui fait ni mal ni gêne et elle est si petite! Quelque obscur petit lipome sans doute! Vous passez outre et votre diagnostic est perdu ». Il faut donc ne pas « passer outre ». Chez les patients de Trélat et de Monod et Terrillon, les tumeurs secondaires existaient au front. La généralisation est fréquente et la maladie grave. Cependant Terrillon a publié un fait où, plusieurs années après la castration, la récurrence n'était pas survenue.

Les autres tumeurs du testicule, *fibromes* et *myxomes*, *ostéomes* et *myomes*, n'ont vraiment pas d'histoire; ce sont des surprises du microscope et leur rareté

est telle qu'on ne saurait tracer un tableau clinique sur les deux ou trois exemples de chacun de ces néoplasmes. La dureté du fibrome, son développement chez des sujets jeunes, ne permettraient guère de le distinguer de l'enchondrome au début, ou même du carcinome, sans parler du sarcocèle syphilitique; le myxome avec son opacité et sa fluctuation pourrait être confondu avec l'hématocèle, mais la ponction fera la lumière. Que dire des myomes et des ostéomes qui ne montre le néant de toute tentative de diagnostic! Il ne peut être que l'effet d'un heureux hasard.

Traitement. — Donc nous ne saurions décider si la tumeur est bénigne ou maligne. Mais ceci importe peu : les tumeurs bénignes sont rares, elles désorganisent la glande qui perd ses fonctions, devient gênante par son poids, « indécente » par son volume; on doit donc l'enlever, ce qui débalaie le terrain au point de vue thérapeutique. La castration a été pratiquée, le microscope intervient qui permet de déterminer la nature du néoplasme et ses chances de récurrence.

Faut-il, lorsque le diagnostic en est porté, extirper les tumeurs malignes? Leur récurrence est non seulement fatale, mais si rapide qu'on a pu se demander si l'opération n'active pas la généralisation. De fait, pas un de nous qui n'ait eu à déplorer de ces repullulations rapides : de nos six opérés de la clientèle civile, quatre sont morts dans les sept mois; un, au bout de quatorze; un après la quatrième année. Nous sommes néanmoins partisan de la castration : d'abord nous ne croyons pas à l'influence néfaste du bistouri. Et puis, çà et là, émergent quelques faits où la récurrence ne survint pas et, pour rares qu'ils soient, ils plaident la cause de la chirurgie active : Monod, Terrillon, Jalaguier, Verneuil ont cité des cas où des cancers authentiques, bien et dûment contrôlés comme tels par le microscope, n'ont pas encore reparu un, deux, trois, quatre, six, sept, dix ans après l'intervention. Aussi, dès que l'antisepsie eut réduit à zéro la mortalité de la castration, le problème était résolu, et quand la tumeur maligne paraît localisée, on doit intervenir, puisque, d'une part, l'opération ne peut faire aucun mal et que, de l'autre, dans quelques observations indiscutables, elle a eu pour conséquence une guérison confirmée. On y aura donc recours à peine le diagnostic porté.

CHAPITRE III

CORDON SPERMATIQUE ET VÉSICULES SÉMINALES

Nous réunissons, dans un même chapitre, les affections du cordon, du canal déférent et de la vésicule, qui est, pour ainsi dire, le canal déférent dilaté en un réservoir.

L'*histoire* de ces affections a été un peu négligée; les quelques notions qu'on trouve dans les auteurs sur les lésions du cordon spermatique sont le plus souvent présentées à propos des affections correspondantes du testicule, et seuls

le varicocèle, les kystes et certaines tumeurs recevaient une description spéciale. Cependant les maladies de la vésicule commencent à avoir leur chapitre dans nos *Traité*s, et, en 1885, Guelliot a publié un travail intéressant sur l'anatomie et la pathologie de cet organe. Depuis, la médecine opératoire s'en est emparée, et les recueils des dernières années contiennent un très grand nombre d'observations d'extirpation de la vésicule.

ALBERS, Ueber die Krankheiten der Saamen Häschen. *Journal der Chir. von V. Graefe*, 1855. — FAYE, De vesiculis seminalibus dissertatio. *Science*, 1840-1841. — DUPLAY, Des collections séreuses de l'aîne. Thèse de Paris, 1865. — HUMPHREY, Affections of the vesiculæ seminales. *A System of surgery de Holmes*, 1871, t. V. — KOCHER, Krankheiten der mann. Geschlechtsorgan. *Deutsche Chir.*, 1887, liv. L, p. 65. — LE DENTU et VOILLEMIER, Traité des maladies des voies urinaires, t. II. — GUELLIOT, Des vésicules séminales. Thèse de Paris, 1885. — SCHWARTZ, *Encyclop. intern. de chir.*, t. VII, p. 565. — JULLIEN, Traité pratique des maladies des voies urinaires, 2^e éd., 1886. — MONOD et TERRILLON, Traité des maladies des testicules. Paris, 1889. — GUELLIOT, Chirurgie des vésicules séminales. *Presse méd.*, 20 avril 1898.

I

ANOMALIES

Nous ne parlerons pas des cas où les vésicules manquent avec l'appareil séminal tout entier; Kretschmar en 1801, et Friese en 1841, en ont signalé chacun un. Leur absence *bilatérale*, lorsque les testicules existent, a été constatée par Tenon, Mayer de Bonn, Roubeau, Parisot, Godard, Martin Magron, Béraud et Cornelli. Cette anomalie coïncidait avec des vices de conformation de l'appareil urinaire. L'absence *unilatérale* a été signalée par Godard, Blandin, Velpeau; l'appareil séminal manquait du même côté; le testicule existait, mais on notait quelques autres défauts de l'appareil urinaire dans les cas de Bosscha, de Parise, de Dufour, de Godard, de Cusco, de Münchmeyer, de Reverdin et de Mayor. Hunter aurait vu une *anomalie par fusion*; les deux canaux déférents se rendaient dans une poche unique, mais cloisonnée et sans communication avec l'urèthre; Deville parle aussi d'une vésicule unique, en partie atrophiée et située juste sur la ligne médiane.

Par contre, Paul Zacchias parle d'une *anomalie par dédoublement* et, dans son cas, la vésicule d'un côté était double. L'existence d'une vésicule *atrophie* a été notée par Brugnone, Cruveilhier, Broca, Denonvilliers, Godard qui a relevé les observations publiées jusqu'à lui, par Wengel, par Grüber. Ces cas sont indépendants de ceux où les testicules, manquant ou en ectopie, ne sécrètent pas de sperme, où les vésicules, moins distendues par conséquent, n'en renferment pas moins un liquide jaune ou brun, épais, sans spermatozoïdes, mais tenant en suspension des cellules épithéliales et des gouttelettes graisseuses. Enfin citons la *communication avec l'urètre*, normale, mais « éminemment transitoire » pendant la vie embryonnaire; elle persistait dans les cas d'Eppinger, dans celui de Rott, d'Hoffmann, avec une série d'autres anomalies. Les *canaux éjaculateurs* peuvent aussi *manquer, se fusionner, s'aboucher dans la vésicule prostatique*, converger en un *canal unique* et s'ouvrir sur le gland; il y aurait alors un conduit pour l'urine et un autre pour le sperme; mais les faits assez nombreux sur lesquels on voudrait étayer l'existence de ces *urèthres doubles* manquent de précision.

II

TRAUMATISMES

Les *plaies du cordon*, coupures, déchirures, plaies contuses, plaies par armes à feu sont rares; elles succèdent à une violence extérieure, morsure, arrachement, mutilation volontaire, ou bien elles sont le fait d'un acte chirurgical; au cours des nombreuses opérations dont la région scrotale est le siège, on peut blesser ses vaisseaux et ses nerfs — et le canal déférent lui-même, sectionné dans certains cas; la progression normale du sperme en sera empêchée, le testicule pourra se gangréner ou s'atrophier et, si la blessure est bilatérale, la stérilité en sera la conséquence. Nous n'insistons que pour rappeler le chirurgien à la plus extrême prudence, lorsqu'il portera le bistouri dans la région.

Parfois les téguments ne sont pas déchirés et le sang, épanché dans la tunique fibreuse qui solidarise les éléments du cordon, peut former une tumeur, l'*hématocèle funiculaire*. Elle succède à des contusions, à des chutes à califourchon, à des efforts, surtout lorsqu'il existe un varicocèle, dont les veines altérées se rompent. On en décrit deux variétés: l'*hématocèle par infiltration* et l'*hématocèle par épanchement*. Elles diffèrent en ce que, dans la première, le sang pénètre dans les mailles du tissu conjonctif du cordon, tandis que, dans la seconde, il se creuse une cavité. Mais ces deux formes se combinent et la distinction est sans importance. Lorsqu'une collection bien fluctuante est contenue dans une poche limitée, on se demande, avec Félix Legeu⁽¹⁾, s'il ne s'agit pas d'une « pachypéritonéo-vaginalite », d'un épaississement de quelque segment inoblitéré du conduit péritonéo-vaginal, dont les vaisseaux, ouverts, ont donné naissance à un hématome.

La tumeur prend une forme bien décrite dans l'observation de Schwartz⁽²⁾ et dans celle de Cousin⁽³⁾: pendant un effort de toux, le patient de Schwartz perçoit un craquement dans son varicocèle; aussitôt se manifeste une tuméfaction du scrotum, de la région inguinale et de la fosse iliaque; il y avait une fluctuation profonde; au bout de quelques jours apparut une ecchymose; la résolution eut lieu. Dans le cas de Cousin, un individu fait une chute sur le périnée; douleur violente et gonflement immédiat, testicule augmenté de volume, cordon dur, lisse, cylindrique, du volume d'une anse intestin grêle; le pli de l'aîne est tuméfié ainsi que le trajet inguinal où l'on sent la tumeur formée par le cordon; l'hématome s'enflamma, et une suppuration prolongée en fut la conséquence. Cette tumeur régulière, allongée, cylindroïde, a été étudiée par Kocher qui, en injectant de la gélatine sous la tunique fibreuse du cordon, voit cette membrane se tendre et former un boudin descendant jusqu'au testicule et remontant à travers le trajet inguinal jusqu'à la fosse iliaque où s'étale la masse injectée.

La tumeur peut avoir un volume considérable; dans un cas de Rehin⁽⁴⁾,

(1) LEGEU, *Arch. gén. de méd.*, février 1890, p. 185.

(2) SCHWARTZ, *Encyclop. intern. de chir.*, t. VII, p. 544.

(3) COUSIN, Des inflammations en masse du cordon spermatique. Thèse de Paris, 1887, p. 53.

(4) REHIN, *Centralblatt für Chirurgie*, 1885, p. 160.