

et n'atteignent en quelques années que les dimensions d'une petite pomme ou du poing. STANLEY et V. PITHA ont seuls décrit des kystes plus volumineux, contenant, l'un 150 grammes et l'autre 1000 grammes de liquide. Chez un matelot vigoureux, nous avons observé une spermatoécèle ayant un contenu de 350 grammes. La spermatoécèle intra-vaginale, ou kystome du testicule, ne peut être distinguée de l'hydrocèle que par la ponction et l'examen du contenu. La spermatoécèle proprement dite, née dans la région des canaux efférents, est le plus souvent piriforme, à petite extrémité tournée en bas; tandis que c'est le contraire que l'on observe dans l'hydrocèle. Le testicule est situé en dehors de la tumeur, et l'on peut reconnaître par la palpation son bord antérieur, ses deux faces latérales et ses deux pôles; sa position se trouve plus ou moins modifiée par déplacement mécanique. La tumeur est fluctuante ou très tendue, sa surface est lisse dans les kystes simples, ou bosselée lorsqu'il s'agit de kystes multiples; le plus souvent elle est transparente. Le contenu, qui, en général, fournit les caractères les plus importants pour le diagnostic, est tantôt clair comme de l'eau, avec ou sans éléments figurés (spermatozoïdes), tantôt laiteux, opalescent, semblable à de l'eau de savon, rarement d'un jaune brunâtre; dans ces cas le liquide peut également contenir ou non des spermatozoïdes, et son aspect trouble est dû à son mélange avec des gouttelettes graisseuses, des cellules lymphoïdes et granuleuses, et des cellules épithéliales. Nous avons trouvé plusieurs fois mentionné le fait que la spermatoécèle diminuait d'une façon très sensible à la suite d'une émission de sperme.

Le pronostic est favorable. Un grand nombre de ces kystes n'entraînent aucun inconvénient pour le malade, lorsqu'ils ont des dimensions modérées et qu'ils restent stationnaires.

Le traitement consiste dans la ponction unique ou répétée, qui parfois suffit à amener la guérison, ou bien dans la ponction suivie de l'injection de teinture d'iode. Dans le cas mentionné plus haut, observé par nous, à la clinique de Breslau, nous avons vu la guérison s'opérer comme dans l'hydrocèle, à la suite de la ponction et de l'injection de chloroforme; il en fut de même dans un second cas. Par contre, l'injection n'eut aucun résultat dans un troisième cas, et l'on eut recours avec succès à l'incision pratiquée avec les précautions antiseptiques; la guérison s'opéra sans accident, mais beaucoup plus lentement qu'à la suite de l'incision de l'hydrocèle.

Nous allons énumérer maintenant les formes de néoplasmes dont la guérison exige la castration. Ce sont :

4. Les **fibromes**, dont la forme pure a été très rarement observée (2 cas de CURLING et 2 de KOCHER); ils s'accroissent lentement et ont une consistance dure.

5. Les **myxomes**, qui sont mélangés à d'autres formes de tumeurs, les sarcomes, les carcinomes et les chondromes. Leur consistance élas-

tique est intermédiaire entre celle des fibromes et celle des tumeurs médullaires. Ils s'accroissent lentement.

6. Les **enchondromes** purs ou mélangés avec d'autres formes de néoplasmes. Aux 50 cas d'enchondrome pur de DAUVÉ, KOCHER a pu en ajouter 3 autres. Le cartilage est le plus souvent hyalin, rarement fibreux. O. WEBER a observé un cas d'enchondrome congénital. La tumeur est extrêmement dure, bosselée, parfois parsemée de parties plus molles. Le pronostic n'est pas favorable; la moitié des cas décrits se sont terminés par une infection généralisée.

7. Les **myomes** à fibres musculaires, lisses et striées. On en a publié jusqu'ici 4 observations (ROKITANSKY, SCHUH, BILLROTH, RIND-FLEISCH); dans un cas le myome, qui était mélangé avec une autre forme de tumeur, était parcouru par un riche plexus nerveux (RIND-FLEISCH).

8. Les **sarcomes à cellules fusiformes**, les **sarcomes réticulés**, les **fibro-myxo-granulo-chondro-cysto-sarcomes**, etc. Ces tumeurs qui sont fréquentes, sont tantôt dures et s'accroissent lentement, tantôt molles, médullaires, à accroissement rapide. Même dans cette dernière forme de tumeur, on a obtenu une prompte guérison par la castration hâtive.

9. Les **adénomes (kystoma testis)**, ou **tumeurs kystoïdes** du testicule, décrits sous le nom de **cysto-adénome muqueux et athéromateux**, ou revêtant une forme mixte (**cysto-fibrome et cysto-chondrome**). Ces tumeurs peuvent atteindre les dimensions d'une tête d'enfant, ont une consistance molle, et se développent le plus souvent de 20 à 40 ans (29 fois sur 32 cas). Leur développement est habituellement très rapide, et s'accompagne au début de douleurs; la présence de kystes dans leur intérieur permet de les distinguer des sarcomes médullaires et des carcinomes. Le pronostic est favorable, aussi bien au point de vue des récidives qu'à celui de l'infection généralisée; cependant BILLROTH et FÉRÉOL ont observé des récidives et des métastases.

10. Les **carcinomes** revêtent rarement la forme dure à développement lent; bien plus souvent ils appartiennent à la forme médullaire s'accroissant avec rapidité, et ne s'accompagnant que rarement de douleurs au début. Ces dernières ne surviennent que plus tard, mais sont alors d'une grande intensité. On observe de bonne heure des métastases et les signes d'une cachexie générale. Le pronostic est très fâcheux, que l'on opère ou non. KOCHER n'a pas trouvé un seul fait de guérison persistante, à la suite de l'opération du carcinome du testicule. Néanmoins la castration doit être pratiquée le plus tôt possible, soit parce que le diagnostic différentiel avec les autres formes de tumeurs n'est pas absolument sûr, soit à cause des douleurs violentes dont s'accompagne le carcinome. Elle est contre-indiquée toutes les fois que l'on n'a pas la certitude de pouvoir enlever toutes les parties malades, surtout lorsque le cordon est déjà envahi par le néoplasme.