

Ces réserves faites, voici diverses statistiques relatives à la récurrence après injections irritantes. Récusons d'abord les relevés de Martin, de Calcutta, le promoteur de la teinture d'iode. D'après ses chiffres, que donne Curling, la reproduction de la sérosité ne surviendrait pas une fois sur 100 — et il ne s'agissait pas d'une série négligeable, puisque son dire s'appuie sur 2393 opérations. Mais il est certain que Martin ne parle ici que de la récurrence dans les premières trois semaines, au cours de l'hospitalisation. On ne revoit pas 2393 malades un an ou deux après l'intervention, et l'on n'a pu viser ici que les reproductions immédiates, sans tenir compte des récurrences à plus longue échéance. A l'opposé, Wendling accuse 15 p. 100 de récurrences, mais nous avons examiné ailleurs sa statistique faite de pièces et de morceaux, au hasard des cas, un peu exceptionnels sans doute, inscrits dans les recueils médicaux. Cependant Billroth note aussi 15 p. 100 d'échecs.

De toutes ces statistiques, celles de Gosselin me paraissent correspondre le plus à la réalité : dans un premier relevé, il accuse 10 p. 100 et dans un deuxième relevé un peu moins de 7 p. 100 de récurrences. Nous voudrions donner aussi nos chiffres, mais le nombre des cas où nous avons pratiqué cette opération et où nous avons pu revoir et suivre nos malades est vraiment trop peu considérable ; disons cependant qu'ils se rapprochent beaucoup de ceux de Gosselin. Eh bien ! il semble évident que la récurrence est moins fréquente à la suite de la cure radicale qui, d'après les opérateurs les moins heureux, donnerait seulement 2, 3 ou 4 p. 100 de reproduction de la sérosité. Julliard, Volkmann, Wendling

n'accusent même que 1 p. 100, mais leurs mémoires ont été publiés très vite après le renouveau de la méthode, et la durée d'observation nous paraît un peu courte.

Mon opinion a quelque peu varié sur cette question des récurrences : lors de mes premières opérations de cure radicale, je les croyais exceptionnelles, puis, coup sur coup, j'ai observé 3 reproductions abondantes de sérosité et cela, après quatre ans de succès ininterrompus et lorsque j'avais acquis pour cette opération, d'ailleurs si facile, une plus grande habileté. C'est cette habileté même qui, sans doute, m'a valu ces échecs : comme pour la cure radicale des hernies, j'ai disséqué « fin » la séreuse, selon les conseils de M. Nicaise ; les incisions se font alors sans ouverture de vaisseaux et sans effusion de sang et l'intervention est fort rapide : mais la vaginale ne subit qu'une irritation légère et ne réagit plus convenablement ; ses surfaces ne sont pas assez modifiées et la récurrence est possible. L'opération par elle-même, la cure improprement dite radicale, n'est donc pas suffisante pour s'opposer à la reproduction du liquide et, pour l'éviter, certaines manœuvres sont nécessaires.

L'opération, telle que la pratique Bergmann, et qui consiste en l'excision de la vaginale, paraît à coup sûr radicale et à l'abri de toute récurrence. Il n'en est pourtant rien et cette méthode vient aussi de me donner deux échecs : le premier est survenu sur un Brésilien qui me vint avec une hydrocèle peu volumineuse ; la vaginale ne contenait guère que 150 grammes de liquide. Mais la séreuse était rugueuse, épaissie, et je me décidai à en pratiquer l'excision ; j'enlevai complètement le feuillet pariétal, n'en laissant qu'un lambeau dans le cul-

de-sac sous-épididymaire; tout marcha sans encombre, et la réunion primitive fut obtenue en sept jours. Mais voici que vers la fin de la deuxième semaine, le scrotum fut soulevé de nouveau et devint fluctuant et transparent. J'incisai au-dessus de la cicatrice; je retirai environ 100 grammes de liquide contenu dans une vaginale en apparence semblable à la première. Pour être sûr d'obtenir cette fois la guérison, je laissai la cavité ouverte avec un drainage à la gaze iodoformée.

Pareille mésaventure chez un vieillard de soixante-sept ans que j'opérais d'une hydrocèle double; la tumeur, très volumineuse à droite et à gauche, fut ouverte, et le feuillet pariétal de la séreuse disséqué avec soin et excisé jusqu'aux limites de l'épididyme, en empiétant même sur celui-ci. La réunion primitive fut obtenue et je croyais à la guérison définitive lorsque, il y a deux mois, mon opéré est revenu me montrer ses bourses: le liquide ne s'était pas reproduit à gauche où la glande paraissait normale dans son sac scrotal, mais à droite, une seconde cavité s'était reformée, distendue par une masse énorme de sérosité. J'ai pratiqué une incision nouvelle et j'ai constaté l'existence d'une poche à paroi épaisse, dont j'ai excisé tout le segment antérieur, puis craignant une récurrence, j'ai rempli la cavité de gaze iodoformée et j'attends sa rétraction graduelle jusqu'à cicatrisation complète. Cette méthode est lente, mais sûre.

Je ne crois donc pas que l'on puisse dire, d'une manière absolue, que la cure radicale est moins sujette aux récurrences que l'injection iodée; pour éviter la reproduction du liquide, il faut prendre certaines précautions indispensables, et instruit par les quelques échecs que je

relatais tout à l'heure, voici quelle est maintenant ma pratique. J'excise largement le scrotum, sous l'anesthésie cocaïnique; je mets à nu la vaginale et je la dissèque « fin », ne prenant que son feuillet le plus interne, ce qui évite l'ouverture des vaisseaux; il n'y a pas de saignement, pas de ligature à faire et pas d'hématomes consécutifs. Si la séreuse est souple, peu épaisse, je dissèque une partie du feuillet pariétal à droite et à gauche, n'en conservant que juste ce qu'il faut pour reconstituer une nouvelle cavité, dont je suture les lèvres avec quelques points au fil de soie. Mais avant, et cette précaution me semble indispensable, je frotte le feuillet pariétal et le feuillet viscéral avec un tampon imbibé d'une solution phéniquée à 5 p. 100 ou d'une solution de bichlorure de mercure à 1 p. 100. L'irritation est alors assez vive pour amener la coalescence des feuillets, et la récurrence n'est plus à craindre.

Mais si la séreuse est épaissie, rugueuse, sans souplesse, j'abandonne la cure radicale, même par l'excision complète du feuillet pariétal de la vaginale; ou, pour mieux dire, j'excise ce feuillet, mais je n'ose refermer le scrotum, de peur de voir le liquide se reproduire; je laisse la cavité ouverte et je la remplis de gaze iodoformée; la cicatrisation est lente: il faut bien près de trois semaines, quatre dans certains cas, pour que la poche soit oblitérée, mais la cicatrisation est sûre; aucune complication possible ne s'abat sur la plaie et même, avec un bon pansement simplement maintenu par un suspensoir, l'opéré, avant le quinzième jour, peut vaquer à nombre d'occupations. J'ai déjà pratiqué cette opération dans 5 hydrocèles récidivées, 2 à la

suite d'une cure radicale, 3 après une injection iodée, et je n'ai eu qu'à me louer de cette vieille méthode, empruntée à la thérapeutique de l'hématocèle.

Telles sont les raisons qui m'ont fait à peu près abandonner la ponction suivie d'injection iodée, à laquelle je n'ai eu recours que deux fois cette année : une première fois chez un jeune homme à hydrocèle peu volumineuse, tout à fait récente, et dont la séreuse était évidemment souple et peu épaissie. La guérison a été obtenue en moins de trois semaines; une seconde fois, chez un vieillard un peu affaibli par une cystite; j'aurais craint, chez lui, toute intervention sanglante; ici, le succès a été plus lent, et la glande n'avait repris son volume normal et sa souplesse qu'au bout d'un mois et demi. Dans l'immense majorité des cas, je pratique donc la cure radicale, parce qu'elle permet de voir ce que l'on fait; on a la glande sous les yeux et le diagnostic en devient plus précis. Et puis cette opération, désormais absolument innocente, guérit plus vite, et met mieux à l'abri des récidives que l'ancienne injection iodée.

## III

## Tératome du scrotum.

MESSIEURS,

Les tératomes du scrotum, que l'on nomme aussi kystes dermoïdes des bourses ou inclusions fœtales testiculaires, sont des tumeurs trop rares et trop intéressantes pour que je laisse passer, sans vous en entretenir, un cas remarquable observé et opéré dans mon service.

Il s'agit d'un imprimeur de 31 ans, entré à l'hôpital pour une tumeur des bourses. Il avait 19 ans lorsque, à la suite d'un effort pour soulever une pierre, il éprouve une vive douleur dans l'aîne : il y porte la main et constate la présence d'une masse dure; la souffrance n'était pas assez grande pour qu'il crût nécessaire de consulter un médecin; il n'y eut recours qu'au bout de trois mois : le diagnostic de hernie fut porté et un bandage prescrit. La pelote refoulait la masse vers le trajet inguinal et, dès ce moment, survinrent des accidents qui engagèrent le malade à consulter M. Després : notre collègue substitua un suspensoir au bandage. La tumeur, fort haute alors, parut descendre et élire domicile dans le scrotum où elle se développa peu à peu sans que, à une époque quelconque, son accroissement eût pris une allure plus rapide. Néanmoins, douze ans après, le volume de la

tumeur était tel, et la gêne qu'elle provoquait pendant le travail si considérable, que notre imprimeur entre à l'hôpital pour nous demander de l'en débarrasser.

La bourse droite, du volume d'un gros œuf de dinde, renferme une masse qui surmonte la glande spermatique et en paraît nettement indépendante. Celle-ci, en effet, est libre dans la cavité vaginale, et le scrotum, dans son ensemble, tumeur et testicule, rappelle assez bien la comparaison classique de la brioche renversée. Le kyste est irrégulier et deux ou trois bosselures inégales le soulèvent; les parois en semblent épaisses; la transparence y est nulle, mais la fluctuation évidente. Une chose nous frappe : la masse n'est pas seulement rénitente, mais aussi un peu pâteuse; lorsqu'on presse sur les bosselures de la tumeur comme pour chasser, vers la partie centrale, le liquide qu'elles contiennent, on perçoit une crépitation amidonnée particulière, une sensation analogue à celle que donne la palpation d'un kyste à grains riziformes. Dès ce moment nous prononçons le mot de *kyste dermoïde* sans toutefois rien oser affirmer, et c'est sans diagnostic bien ferme que nous pratiquons l'opération.

Nous faisons, à la cocaïne, une traînée analgésique de 10 centimètres environ, et qui s'étend de la partie supérieure du testicule jusqu'à l'orifice extérieur du trajet inguinal. Nous coupons la peau et nous arrivons sur la tumeur, que nous disséquons au plus près avec la pince et les ciseaux. Après avoir bien dénudé le segment antérieur, nous arrivons en arrière, et nous nous trouvons en présence du cordon spermatique dont les éléments sont étalés sur la paroi postérieure du kyste. Nous le dissé-

quons, toujours au plus près et sans ouvrir un seul vaisseau; bientôt la tumeur tombe dans nos mains, sans que nous ayons noté un seul point où un pédicule quelconque ait paru exister.

Le kyste rappelle une très grosse pomme de terre avec deux ou trois bosselures irrégulières. Sa membrane d'enveloppe, épaisse de 3 millimètres environ, est absolument analogue à celle de tous les kystes dermoïdes. Elle est glabre sur la plus grande partie de son étendue; mais, en certains points, émergent des poils, les uns blancs, les autres noirs, et formant çà et là comme des massifs un peu clairsemés. Ce qui frappe surtout, c'est le contenu de la tumeur, constitué par une masse grisâtre semblable de tous points au frai de grenouille : on dirait des milliers et des milliers d'œufs de vers à soie, punctiformes, tous pareils et juxtaposés dans une régularité parfaite. Au milieu on voit mêlées quelques petites masses blanchâtres, rappelant le sagou, et des poils longs et enchevêtrés. Ces granulations ont été examinées avec soin : elles se composent d'une substance qui se dissout dans l'éther : au microscope on y distingue des globules graisseux et des détritits de cellules épithéliales : il s'agit en somme de globes épidermiques en régression.

Cette observation, Messieurs, mérite qu'on s'y arrête : elle contribuera, pour sa part, à édifier l'histoire fort incomplète des tératomes des bourses. Ces cas sont rares; à cette heure, lorsqu'on réunit les observations éparses dans la science, on arrive à peine à la trentaine : encore en est-il dans le nombre dont les détails sont trop peu circonstanciés pour servir à tracer le tableau clini-

que de cette affection, isolée pour la première fois par Verneuil, en 1855, sous le nom d'inclusion scrotale ou testiculaire. Depuis, Nepveu, Kocher, Terrillon et Monod, Lannelongue ont publié sur ce point quelques chapitres importants, auxquels il faut ajouter les mémoires de Le Dentu, et de Cornil et Berger.

Nous insisterons sur un premier point : ces tératomes sont toujours d'origine congénitale. Il est certain que ces kystes existent au moment de la naissance, et, en général, c'est dans le jeune âge qu'on les signale : il en fut ainsi dans les cas de Malherbe, de Prochaska, de Dietrich, de Lang, de Geinitz, de Guersent, de Verneuil, de Corvisart, et c'est avant 3 ans que les petits malades furent conduits au médecin ; mais la tumeur peut aussi ne frapper l'attention que plus tard, et, dans notre cas, elle avait passé inaperçue jusqu'à 19 ans, où on la découvrit à l'occasion d'un traumatisme. Dans le fait de Bœckel, l'opéré avait 38 ans et l'inclusion ne paraissait dater que d'un an ; Spiess a cité une observation analogue. Ce phénomène est fréquent dans l'histoire de toutes les tumeurs congénitales et des kystes dermoïdes en particulier, qu'ils se développent dans le scrotum, dans l'ovaire, sur le plancher buccal ou en un point quelconque du corps. Le néoplasme est petit, aucun signe ne le révèle ; puis tout à coup, à l'occasion d'une violence, d'un trouble local ou général, il s'accroît et dévoile son existence, latente jusque-là. Dans les bourses, c'est souvent au moment de la puberté que le tératome méconnu prend un développement subit.

Cette apparition longtemps après la naissance, et surtout l'extrême rareté des tératomes sont les principales

causes de la difficulté du diagnostic, et nous ne connaissons guère que les cas de Berger, celui de Le Dentu et j'oserais dire le mien, où l'origine de la tumeur ait été indiquée ou du moins pressentie avant l'extirpation. Il est évident que je laisse de côté les observations d'André de Péronne et de Velpeau : le tératome enflammé s'était ouvert spontanément, et des amas sébacés, des poils et des fragments d'os et de cartilages avaient été expulsés, mettant sous les yeux le diagnostic avec le contenu de la tumeur ; même, dans le fait de Berger, le diagnostic ne fut pas absolument franc, car une ponction préalable avait ramené de la matière sébacée et des poils. Et, en définitive, nous ne trouvons que le tératome de Le Dentu où, avant l'intervention, le chirurgien ait affirmé, sans restriction, l'existence d'un kyste fœtal.

En effet, lorsque la masse scrotale se présente avec un volume inégal, qui varie de la grosseur d'un œuf à celle d'une tête d'adulte, sa surface irrégulière, bosselée, dure par place et, par place, fluctuante, on croit à quelque pachy-vaginalite ou à un enchondrome ramolli. Or cette méconnaissance n'est pas sans inconvénients : si, dans l'immense majorité des cas, les kystes dermoïdes sont des tumeurs innocentes, gênantes seulement par leur poids et leur volume, il en est qui peuvent prendre les allures de néoplasmes malins. Vous vous rappelez cette femme que nous venons d'opérer d'un kyste dermoïde de l'ovaire, l'analogue de nos tératomes du testicule. Un point de la tumeur avait dégénéré en une masse sarcomateuse adhérent au mésocolon et à l'intestin. Ces dégénérescences redoutables ont été aussi observées dans les kystes du scrotum. Le cas de Richet en fait foi : il

opère une inclusion fœtale péritesticulaire, et, au bout de six semaines une généralisation cancéreuse emportait le malade.

C'est que de grandes analogies et des liens très étroits existent entre les tératomes et ces cancers que l'on nomme *tumeurs mixtes*, ces néoplasmes bizarres dans la composition desquels on trouve de l'épithélioma, du carcinome, de l'enchondrome, du myome et du sarcome. Une théorie exposée par Cohnheim et qui tend à prévaloir, veut que ces tumeurs aient pour origine une inclusion aberrante dans quelques points de l'embryon d'une portion infinitésimale des trois feuilletts du blastoderme. Cette inclusion serait plus facile tout près de l'éminence germinative où se développent les épithéliums génitaux; et voilà pourquoi les kystes dermoïdes et les tumeurs tératoïdes, ébauches des tissus dérivés des trois feuilletts du blastoderme, — épiderme, poils, matière sébacée, dents, tissus, os, cartilages, muscles, épithélium intestinal — se montrent surtout autour de l'ovaire et du testicule.

Une raison autre que cette dégénérescence possible, rendrait utile un diagnostic précoce : avant d'atteindre un grand développement, avant de subir les inflammations qui le guettent, le tératome, petit et relativement mobile, a des chances de n'avoir pas encore contracté des adhérences avec la glande : il pourra, de ce chef, être extirpé sans que l'on touche au testicule. Et de fait, Berger, qui opéra son malade à 11 ans, enleva le kyste sans blesser l'organe : à ce point que, six mois après l'intervention, la glande spermatique respectée était d'apparence normale, et parfaitement libre dans les

enveloppes du scrotum. Tandis que, à 18 ans, il était déjà trop tard pour l'opéré de Le Dentu : on essaie de disséquer le testicule, mais la coalescence du canal déférent avec les parois du kyste était telle que toute tentative de conservation fut vaine, et la castration devint le complément nécessaire de l'extirpation du tératome.

Du reste, lorsqu'on parcourt les rares observations assez complètes pour en tirer quelques conclusions pratiques, on voit que la plupart des opérateurs ont dû sacrifier la glande, et nous n'avons guère trouvé dans la littérature que le cas de Berger qui fasse exception. Dorénavant il faudra ajouter le nôtre, et, malgré les 31 ans du malade, nous avons pu, avec la plus grande facilité, isoler le tératome du canal déférent et des vaisseaux du cordon, puis de l'épididyme et du testicule. L'indépendance de notre tumeur était telle que nous l'avons séparée sans même ouvrir la tunique vaginale. Nous ne croyons pas qu'il existe d'autres exemples où l'absence de connexions fût aussi nette. C'est un des trois points qui font de notre observation un cas à peu près unique.

Le deuxième point est l'extrême simplicité de structure de notre tératome : nous avons parcouru la plupart des cas publiés depuis 1855, et 22 fois sur 24 observations on trouve de l'os et des cartilages : ces tissus ne manquent que dans les faits de Malherbe et de Cornil et Berger : encore, dans le premier, le kyste contenait des épithéliums polymorphes, des cellules pigmentaires, du tissu adipeux, fibreux, myxo-sarcomateux, muqueux et des fibres musculaires striées : dans le second, la poche