

bout de la première semaine; mais tout n'est point fini et redoutez l'*orchite atrophique*. Au bout de quelques mois, et dans la proportion d'un sur trois, vous trouverez le testicule, mou, amoindri, réduit progressivement à l'état d'un testicule d'enfant. Si l'orchite est double, l'impuissance est à craindre. — L'*orchite amygdalienne* se rapproche de l'*orchite ourlienne*: elle se résout habituellement, mais peut se terminer par suppuration ou par atrophie.

L'*orchite variolique*, surtout étudiée par BÉRAUD, est assez fréquente; elle est le plus souvent unilatérale, évoluant en quelques jours, aboutissant à la résolution et ne paraissant pas troubler la fonction spermatique. — L'*orchite typhoïdique*, qui se montre ordinairement au moment de la convalescence, a un début brusque, avec retour de fièvre qui peut faire croire à une rechute; sa résolution est lente, et la suppuration y est fréquente. — L'*orchite grippale*, l'*orchite scarlatineuse* sont rares; l'*orchite rhumatismale* est mal établie, sur des documents très contestables, et l'*orchite paludéenne* reste à démontrer.

##### 5° ORCHITE FILARIENNE

La filaire du sang humain, par infection et obstruction des voies lymphatiques, trouve, dans l'appareil génital, un lieu d'élection. Elle y peut déterminer: 1° sur le scrotum, l'*éléphantiasis*; 2° sur la vaginale, l'*hydrocèle laiteuse*; 3° sur le cordon, le *varicocèle lymphatique* et le lymphangiome inguinal; 4° sur le testicule, cette *orchite lymphatique* des pays chauds (Brésil, Antilles, Egypte) bien étudiée par LE DENTU dans une série de communications. — L'orchi-épididymite filarienne se présente sous trois formes cliniques: un type *aigu*, avec douleurs brusques et intenses, gonflement volumineux de l'épididyme et du testicule, hydrocèle symptomatique et phénomènes fébriles; une forme *subaiguë*, à poussées inflammatoires moins vives et intermittentes; un état *chronique*, indolore, à évolution froide, interrompu par des poussées de lymphangite à la surface ou dans l'épaisseur de l'albuginée et de l'épididyme, coexistant avec des lésions éléphantiasiques des bourses.

##### ARTICLE VI

##### TUBERCULOSE DU TESTICULE

**Historique.** — L'histoire de la tuberculose du testicule a suivi les étapes qui ont marqué les progrès de nos connaissances dans la tuberculose en général.

*Première phase*: sous l'influence des idées de LAENNEC, on admet que le tubercule peut se présenter, au testicule, comme dans les autres organes, sous deux formes: 1° les *granulations* qui sont de petits nodules, souvent visibles à l'œil nu; 2° les *amas caséeux*, circonscrits ou infiltrés. — Cette doctrine *uniciste* trouve dans les recherches de CRUVEILHIER son document le plus net, appuyé sur des planches et des observations démonstratives. En même temps que l'anatomie pathologique s'établissait ainsi dans son exacte conception, le tableau clinique du testicule tuberculeux était tracé par BOYER et COOPER; puis, CURLING et RICORD formulaient la règle d'après laquelle l'épididyme est le lieu d'élection pour les lésions tuberculeuses de l'appareil génital.

*Deuxième phase, phase de recul*: VIRCHOW et ses élèves déclarent que la granulation est la seule lésion caractéristique. Dès lors, il faut séparer de la tuberculose les masses caséeuses de l'épididyme et considérer, comme purement inflammatoires, les *orchites chroniques caséeuses*.

De cette conception *dualiste* des anatomo-pathologistes, il était résulté à nouveau la confusion en clinique: le groupe des orchites chroniques inflammatoires s'agrandissait et ses espèces redevenaient indistinctes. — Actuellement, au contraire, cette classe, comme celle des adénites chroniques, s'est, en clinique, singulièrement restreinte: la tuberculose en a pris la plus grande part, la syphilis presque tout le reste. Au point de vue anatomo-pathologique, nous avons fait retour aux idées unicistes de LAENNEC et de CRUVEILHIER: la revision que THAON et GRANCHER avaient opérée pour la tuberculose en général, MALAS-

SEZ et RECLUS l'ont renouvelée pour la tuberculose testiculaire; dans sa thèse de 1876, RECLUS a, en outre, établi que, par infraction fréquente à la « loi de Louis », le testicule est souvent frappé sans altération concomitante du poumon; après DUPLAY, il a décrit l'orchite tuberculeuse aiguë; il a apporté des notions

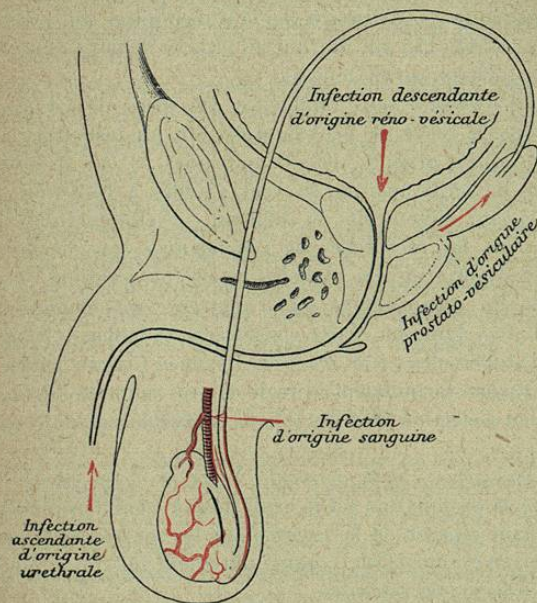


Fig. 240.

Schéma montrant par quelles voies le bacille tuberculeux envahit le testicule.

neuves sur une terminaison rare, la hernie ou fongus bénin du testicule.

**Étiologie.** — Les lésions tuberculeuses du testicule, diversement dénommées suivant leur forme ou leur siège (*orchite* ou *épididymite caséuse* ou *tuberculeuse*; *sarcocèle tuberculeux*), résultent de l'action pathogène du bacille de Koch.

Or, comment ce bacille envahit-il l'appareil génital? — Quatre

hypothèses se présentent : 1<sup>o</sup> le bacille arrive au testicule, embolisé par la voie sanguine (*théorie hémotogène*); 2<sup>o</sup> le bacille, pénétrant par le méat et remontant l'urèthre, gagne, de proche en proche, l'embouchure des canaux éjaculateurs, puis le canal déférent, l'épididyme et le testicule (*théorie uréthro-déférentielle* ou de l'*infection ascendante*); 3<sup>o</sup> le bacille s'inocule d'abord, par la voie sanguine, ordinairement au niveau de la prostate et des vésicules séminales, et, de ce foyer initial, est transporté au testicule par voie déférentielle, ce qui n'est qu'un autre mode, à trajet abrégé, de la pénétration uréthrale; 4<sup>o</sup> le bacille, venant du rein ou de la vessie, descend vers l'urèthre prostatique et, de là, remontant la voie déférentielle, envahit les voies spermatiques (*théorie réno-vésicale* ou de l'*infection descendante*). A ces quatre éventualités, applicables à l'adulte, il faut joindre celle, valable pour les jeunes sujets seulement, d'une infection du testicule consécutive à une tuberculose du canal péritonéo-vaginal anormalement perméable.

1<sup>o</sup> INFECTION PAR LA VOIE SANGUINE. — Un sujet est porteur d'un foyer tuberculeux, pulmonaire, pleural, ganglionnaire, osseux ou autre : de ce foyer peuvent, à la faveur d'une rupture vasculaire, partir des bacilles qui, charriés par le sang, seront portés jusqu'au testicule, organe terminal, pendu à un long pédicule vasculaire, propice au séjour et à la fixation des microbes, et exposé par sa position et ses froissements à des traumatismes qui favorisent cette localisation.

L'hypothèse est très logique et, pour un certain nombre de cas, vérifiée. Mais cette conception de la tuberculose secondaire du testicule se heurte à deux faits d'observation. D'abord, contrairement à la *loi de Louis*, la tuberculose « locale » et isolée du testicule est incontestable : c'est-à-dire qu'il peut exister des tubercules dans l'appareil génital sans que le poumon soit envahi. Quelle est la fréquence réelle de ces tuberculoses « isolées » de la glande séminale? Les chiffres manquent de précision : si l'on consulte les autopsies (ce qui répond à des lésions avancées et diffusées), on ne trouve l'intégrité absolue des poumons que dans un tiers des cas ; si l'on s'en tient (ce

qui est plus clinique) à l'auscultation des sujets à testicule tuberculeux, on constate cette intégrité dans près de la moitié des cas. — D'autre part, chez les phtisiques, les lésions bacillaires des organes génitaux sont loin d'être fréquentes : 2 p. 100 des cas, selon RECLUS.

Voilà un double argument (existence fréquente de la tuberculose testiculaire, sans foyer pleuro-pulmonaire ou viscéral antécédent; rareté de cette localisation chez les tuberculeux pulmonaires) qui va à l'encontre de la théorie hémotogène. Cependant, cette voie de l'infection sanguine nous paraît garder un rôle dominant : il y a des foyers très limités, pleuraux ou ganglionnaires, difficilement reconnaissables à l'auscultation, qui peuvent devenir le point de départ de tuberculisations distantes. Il n'est pas obligatoire d'ailleurs qu'il existe, antérieurement à l'envahissement du testicule, un foyer tuberculeux en activité dans l'organisme : il est des portes d'entrée (surtout le pharynx) au niveau desquelles le bacille pénètre dans les systèmes lymphatique et circulatoire, et le testicule, ou plus exactement l'épididyme, centre d'irradiation des lésions, peut être, aussi bien qu'une articulation, le lieu d'élection primitive de cette bacillémie.

2° INFECTION ASCENDANTE PAR LA VOIE URÉTHRALE. — Pendant le coït avec une femme tuberculeuse, les bacilles se fixeraient dans la rainure balano-préputiale, pénétreraient dans le méat et, remontant l'urètre, gagneraient les voies séminales. Telle est l'hypothèse, jadis soutenue par VERNEUIL. Elle comporte de telles impossibilités qu'elle n'est point à admettre : rareté des métrites tuberculeuses ou, simplement du bacille de Koch dans les mucus utérin et vaginal ; difficultés de cette ascension dans un canal que balaie l'urine.

3° INFECTION PROSTATO-SÉMINALE PRIMITIVE ET INFECTION SECONDAIRE DE L'ÉPIDIDYME. — La prostate et les vésicules séminales seraient, dans cette hypothèse, le foyer initial de l'infection tuberculeuse, apportée par la voie sanguine. De là, le bacille gagnerait, en remontant le cours du sperme et par voie déférentielle, l'épididyme et le testicule. — Ici, la voie d'inoculation est plus brève et mieux admissible : le foyer tuberculeux pro-

stato-séminale est tout près de l'embouchure du canal déférent, et l'on comprend que le microorganisme puisse se cultiver, de proche en proche, sur la muqueuse de ce canal. Un fait clinique et anatomique vient à l'appui de cette conception : c'est la fréquence et, pour certains cas, l'évidente prépondérance des lésions prostatiques et vésiculaires dans l'orché-épididymite tuberculeuse. Ces lésions sont-elles primitives ou secondaires ? Voilà le point incertain ; mais nous pensons avec GUYON que souvent c'est la prostate qui commence

4° INFECTION DESCENDANTE RÉNO-VÉSICALE. — Le bacille aborde le rein par le bouquet vasculaire du glomérule, où DURAND-FARDEL l'a rencontré avant que les lésions anatomiques soient apparentes. De là, il gagne les tubes urinifères, où BAUMGARTEN l'a trouvé constamment au cours de lésions expérimentales. Puis, suivant le courant descendant de l'urine, il va inoculer de préférence les points où le liquide séjourne, les calices, le bassin, le bas-fond vésical, l'urètre prostatique : de ce dernier point, il gagne, à contre-courant, les vésicules, le canal déférent, l'épididyme et le testicule.

Donc, l'infection bacillaire descend le cours de l'urine et remonte le cours du sperme. Telle est la théorie, surtout défendue par CAYLA dans sa thèse. Elle est, croyons-nous, applicable à certains faits, mais non à la majorité. En clinique, assurément, on note la coexistence de la tuberculose réno-vésicale avec la testiculaire ; mais où se sont faites les lésions initiales : au rein, à la vessie ou sur le testicule ? — Nous pensons que, le plus souvent, le testicule est le foyer primitif : la preuve, c'est qu'en clinique on rencontre assez souvent des sujets, à l'épididyme bosselé de tubercules, qui ne présentent aucun symptôme rénal ou vésical et qu'au contraire les autopsies, concernant des cas aggravés et diffusés, démontrent que, dans plus de la moitié des cas (56 fois sur 100 d'après VILLARD), les voies urinaires sont envahies.

Au total, pour résumer, autant que le permet sa complexité clinique, ce problème de pathogénie, l'infection bacillaire peut arriver au testicule par deux voies : 1° la voie sanguine ; 2° la voie déférentielle. — La première est très probable, sinon prou-

vée; et cette inoculation sanguine se fait, soit par embolie bactérienne *directe* dans les vaisseaux spermatiques, soit par des bacilles venus *indirectement* après infection sanguine du rein et de la prostate. — La voie déférentielle se soutient mieux par des preuves anatomiques de valeur : la *fréquence et la prédominance habituelle des lésions de l'épididyme*. Or, le bacille qui arrive à l'appareil génital par cette voie déférentielle, y peut venir de trois origines : 1° de l'extérieur, par le méat et le canal urétral; 2° du rein et de la vessie, par l'urètre profond; 3° de la prostate et des vésicules séminales. La première origine est peu vraisemblable; la seconde est applicable à certains faits de tuberculose uro-génitale; la troisième semble plus souvent vérifiée par la clinique.

**Anatomie pathologique.** — Deux faits sont à mettre en relief : 1° la prépondérance ordinaire des lésions au niveau de l'épididyme; 2° l'unilatéralité fréquente de l'affection à ses débuts.

« Lorsqu'il y a des tubercules dans quelque partie des voies génitales, il y en a dans l'épididyme » : telle est la loi de RICORD, qui fait de l'épididyme le foyer dominant de la tuberculose génitale. — Cette loi n'est point valable pour l'enfant chez qui, selon HUTINEL, le testicule est souvent lésé sans que l'épididyme soit atteint. Chez l'adulte, elle conserve une valeur à peu près absolue : les cas sont rares de tuberculose limitée au testicule, avec intégrité de l'épididyme. Testicule et épididyme sont, dans plus des deux tiers des cas, envahis simultanément. — Si l'on s'en tient aux observations cliniques, concernant des lésions encore jeunes, on trouve trois fois sur quatre, l'affection bornée à un côté. Si l'on considère les autopsies, c'est-à-dire les cas anciens et arrivés aux lésions étendues, on note que cette unilatéralité initiale de l'affection disparaît et que, dans les deux tiers des cas, la tuberculose est devenue bilatérale.

1° EXAMEN MACROSCOPIQUE. — Examinons, après castration, la coupe d'un testicule tuberculeux. — L'*épididyme* augmenté de volume, coiffant le testicule en cimier de casque et bosselé de nodosités jaunâtres encore crues ou déjà fluctuantes, montre

sur sa tranche, au niveau de la tête ou sur toute l'étendue de l'organe, tantôt des masses crues d'un blanc jaunâtre opaque, tantôt de véritables cavernes occupées par une bouillie puriforme, qui résulte de la liquéfaction de la matière caséuse. Dans certains cas, cette coupe de l'épididyme prend un aspect alvéo-

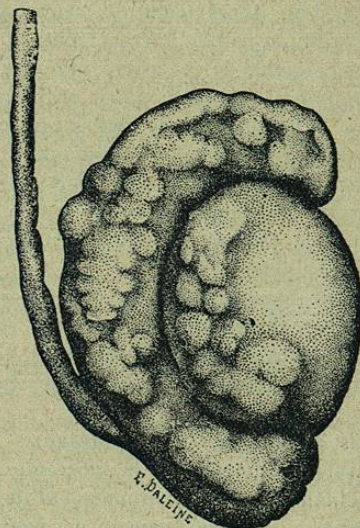


Fig. 241.

Tuberculose orché-épididymaire (RECLUS).

laire, avec des loges, limitées par des travées nettes, les unes remplies de matière purulente, les autres vides : ces alvéoles répondent à la coupe, sous des angles divers, des circonvolutions dilatées du tube épididymaire.

Le *testicule* présente des lésions variables. Dans les cas récents, c'est à peine si l'on découvre, tranchant sur le ton jaune charmois de la substance glandulaire, des points nodulaires, d'un blanc laiteux, gros comme un grain de mil, qui sont des granulations tuberculeuses. Ailleurs, les granulations s'agglomèrent

et forment des noyaux caséux, plus ou moins volumineux ; dans quelques cas, on trouve un tubercule massif occupant la plus grande partie de la glande. — Ces masses tuberculeuses parcourent les phases évolutives ordinaires : d'abord noyaux crus, blancs jaunâtres, comparables à la coupe d'un marron d'Inde ; puis, ramollissement central et progressif, aboutissant à la formation d'un abcès froid au centre d'une véritable caverne testiculaire, à parois anfractuueuses ; dans quelques cas, enkystement possible de ces foyers ramollis, par prolifération du tissu conjonctif ambiant ; mais, ordinairement, ouverture à l'extérieur et fistulisation de l'abcès caséux.

Le *canal déférent*, à son origine épидидymaire et à sa terminaison vésiculaire, est souvent le siège d'épaississements nodulaires, en chapelets ; sa dégénérescence totale est rare : ces noyaux, à l'instar de ceux de l'épididyme et du testicule, peuvent se caséifier et se vider à l'extérieur.

La *prostate* et les *vésicules séminales*, ordinairement atteintes au cours de la tuberculose testiculaire, sont le siège de lésions nodulaires, en voie de caséification, qui bossellent la surface lisse de la prostate et donnent la sensation de vésicules « injectées au suif ».

Les altérations de la *vaginale* sont constantes, de même que les lésions pleurales accompagnent la tuberculose pulmonaire. Il se produit ordinairement un cloisonnement de la séreuse par des néomembranes : ainsi se forment de petites collections enkystées péricréticulaires, généralement occupées par de la sérosité d'hydrocèle, qui peuvent être prisés pour des abcès froids de la glande elle-même. Cette hydrocèle symptomatique, inoculable au cobaye, est comparable à l'hydarthrose tuberculeuse, à l'ascite de la péritonite bacillaire, aux pleurésies séreuses des tuberculeux. — Le *scrotum*, dans les formes caséuses fistulisées, montre des orifices, ordinairement multiples, dont le lieu d'élection est en arrière et dans le segment inférieur, à bords violacés, auxquels font suite des cicatrices déprimées, avec un cordon qui se continue jusque sur la glande et qui répond au trajet oblitéré de la fistule.

2° EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Un fait a été établi par MALASSEZ

auquel nous devons une étude histologique restée sans notables retouches : dans le *testicule* lui-même, la lésion élémentaire est la *granulation grise* ; dans l'*épididyme* et le *canal déférent*, le processus tuberculeux prend la forme de *noyaux caséux*, tendant à la confluence.

La *granulation*, dans le testicule, est presque toujours placée sur le trajet d'un tube testiculaire, dont elle semble constituer un renflement local, parfois déjeté sur le côté comme un anévrisme miliaire. — Ce nodule dérive des éléments du tube séminifère. Mais débute-t-il par l'intérieur du tube, par l'épithélium intratubulaire, ou par le revêtement endothélial qui revêt ces tubes à l'extérieur et les fait ressembler à de petits intestins recouverts de leur enveloppe péritonéale ? En un mot, le début du processus est-il endocanaliculaire ou péricanaliculaire ? — La chose est intéressante au point de vue pathogénique ; car, dans le premier cas, c'est en suivant les voies spermatiques seulement que le bacille pourrait arriver au testicule.

D'après MALASSEZ, le développement initial de la granulation se ferait à la face externe du tube séminifère, dans cette couche endothéliale, véritable gaine séreuse, qui les revêt : ce qui rapproche le processus tuberculeux du testicule de la tuberculose des séreuses. En conséquence, la portion de la granulation située en dehors du tube, cette zone excentrique du nodule, avec ses couches d'éléments embryonnaires séparées par des lamelles conjonctives, correspondrait à la granulation proprement dite : l'infiltration des parois et la prolifération de l'épithélium des tubes ne seraient que des lésions secondaires ; et la dégénérescence granulo-graisseuse des parties centrales s'expliquerait par l'insuffisance nutritive de cette zone.

Le réseau conjonctif, qui soutient et sépare les tubes séminifères, peut aussi être inoculé primitivement par des bacilles ayant suivi la voie sanguine ou lymphatique : c'était l'ancienne idée de VIRCHOW que KÜGLER a reprise. — Certains étendent encore les sièges possibles de ces lésions initiales : elles peuvent débiter non seulement dans les tubes et autour des tubes, mais dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Dans le corps d'Highmore et l'épididyme, la granulation grise fait défaut : ici, en raison des flexuosités du canal et de leur union intime par un tissu cellulaire peu abondant, les lésions ne restent pas localisées ; elles se propagent aux circonvolutions tangentes et s'agglomèrent en masse où la fonte caséuse est rapide.

**Symptomatologie et diagnostic.** — La tuberculose du testicule prend parfois une forme aiguë : c'est l'*orchite tuberculeuse*, connue depuis les travaux de DUPLAY. — La glande devient le siège d'une douleur vive et spontanée, avec irradiations iliaques ou lombaires : la bourse se tuméfie et ce gonflement est dû à la fois à l'augmentation de volume de l'épididyme, à de l'œdème scrotal et à une certaine quantité de liquide épanché dans la vaginale. A la palpation, l'épididyme se montre uniformément tuméfié, sans bosselures appréciables. Le tableau est donc celui de l'épididymite blennorragique et l'illusion est d'autant plus complète qu'il y a souvent un écoulement urétral séro-purulent. Mais, trois caractères vont bientôt différencier les deux orchites : 1° décroissance rapide des phénomènes douloureux ; 2° forme noueuse du gonflement épididymaire ; 3° suppuration rapide. En effet, dès le quatrième ou cinquième jour, l'état douloureux décroît : l'épididyme perd sa régulière tuméfaction et présente une ou plusieurs bosselures, rapidement fluctuantes, tendant à s'ouvrir spontanément et à demeurer fistuleuses. A partir de ce moment, l'affection évolue selon le type d'une tuberculose testiculaire chronique dont elle ne diffère que par ce début aigu et dont elle n'est qu'un mode accidentel.

Ordinairement, les tubercules du testicule se développent d'une façon lente et insidieuse. Un fait est frappant en clinique : c'est la longue conservation apparente de la santé générale chez maints sujets atteints de tuberculose testiculaire isolée ; ceux, au contraire, qui portent une tuberculose pulmonaire ou réno-vésicale antécédente subissent, de ce fait, une dénutrition évidente.

Au début, la douleur spontanée est rare : aussi, c'est par hasard, en palpant les bourses, que les malades s'aperçoivent

de la tuméfaction testiculaire. Dans d'autres cas, ils viennent vous consulter pour un écoulement urétral rebelle, véritable blennorrhée tuberculeuse, ou pour des phénomènes de cystite avec fréquence et douleur dans la miction, ou pour des pertes séminales, ou même pour de petites hématuries : en pareil cas, surtout si le sujet présente les attributs du tempérament lymphatique, ne négligez jamais de palper ses épididymes et d'explorer la prostate par le toucher rectal.

Vous trouverez le plus souvent l'épididyme volumineux, bosselé de nodosités, surtout au niveau de la tête, parfois noueux en entier. — Le testicule est-il altéré simultanément : vous apprécierez, par la palpation, qu'il a perdu sa souplesse et présente des noyaux, en plus ou moins nette saillie. — Depuis la queue de l'épididyme, suivez le canal déférent : vous le trouverez induré, épaissi, avec des nodosités parfois isolées, en grains de chapelet. Examinez si ces noyaux épididymaires et testiculaires sont encore à la phase de crudité et résistants ou s'ils arrivent à l'état de ramollissement et à la formation d'abcès froids, mous et fluctuants.

L'épanchement de liquide dans la vaginale et la production de cavités séreuses cloisonnées peuvent gêner votre exploration : il faut éviter de prendre pour une collection froide de l'organe une de ces loges d'hydrocèle enkystée ; la persistance d'une transparence partielle et la ponction aspiratrice tranchent ce diagnostic. Si la fonte caséuse est complète, vous verrez l'abcès tuberculeux soulever la peau amincie ; si l'ouverture spontanée s'est faite, vous trouverez une fistule donnant issue à un pus fluide, séreux, peu coloré, contenant des grumeaux. — Complétez votre examen par le toucher rectal qui vous révèle, ou non, la présence de bosselures dures ou fluctuantes, sur la prostate et la base des vésicules. Faites une auscultation attentive des sommets pulmonaires pour y découvrir les signes d'une infiltration de l'organe, et des bases où vous trouverez souvent des traces de pleurite antécédente.

Lorsque la tuberculose se localise à l'épididyme, lorsqu'elle y prend la forme de nodosités résistantes et peu douloureuses, on peut la confondre : 1° avec ces noyaux indurés qui succèdent à

l'épididymite blennorragique; 2° avec les petites masses arrondies de l'épididymite syphilitique secondaire; mais, dans le premier cas, l'induration est plus allongée, siège à la queue de l'épididyme et a fait suite à une orchite blennorragique; dans le second, la coexistence d'accidents secondaires et le traitement d'épreuve fixent le diagnostic. — Quand le testicule et l'épididyme sont envahis ensemble, avec formation de bosselures ramollies, on peut confondre le sarcocèle tuberculeux avec un sarcome ou une tumeur maligne. Fondez votre diagnostic sur les caractères suivants : le testicule cancéreux est plus volumineux que le tuberculeux; il est rarement adhérent au scrotum et ce dernier est plus vasculaire; il n'offre pas les bosselures saillantes de l'épididyme, caractéristiques de l'affection tuberculeuse. — Une gomme syphilitique ramollie, adhérente à la peau, peut simuler un abcès tuberculeux du testicule; de même, une fistule consécutive à une gomme évacuée pourra être confondue avec une fistule d'origine bacillaire. Tenez compte de cette règle : à savoir que les *abcès et fistules de nature tuberculeuse siègent en arrière, les fistules d'origine syphilitique en avant du testicule*. Mais, cette règle est passible d'exceptions et l'iodure de potassium tranche seul le différend.

**Marche et pronostic.** — Il est des orchites tuberculeuses aiguës, phtisies galopantes du testicule, qui, par une caséification massive, détruisent l'organe, se propagent rapidement à la prostate et aux voies urinaires supérieures et se généralisent. Mais, plus souvent, la marche de l'affection est lente, et plusieurs catégories de malades se présentent : l'évolution dépend de divers facteurs que le clinicien doit peser exactement.

Existe-t-il des lésions pleuro-pulmonaires, antécédentes ou secondaires, et quelle est leur importance ? La prostate, la vessie, le rein sont-ils envahis et à quel degré ? Quel est l'état général du sujet ? Maigrir-il ? S'alimente-t-il ? A-t-il de la fièvre ? Est-il dans les conditions matérielles de soins convenables ? Enfin, localement, quelle est l'étendue des lésions, marchent-elles vers un ramollissement rapide et diffus ? Sont-elles restées à l'état de « lésions fermées » ou se sont-elles ouvertes et, partant, ont-elles subi une infection mixte ?

Il est manifeste qu'un pronostic sévère doit être porté : si la tuberculose testiculaire a été précédée ou est accompagnée de lésions pulmonaires ou vésico-rénales graves; si elle se propage à la prostate et aux vésicules séminales; si les deux testicules sont pris et si les lésions progressent vite vers l'abcès froid; si le malade perd du poids, de l'appétit et fait de la fièvre. — Dans les conditions contraires, et ces cas sont nombreux, la tuberculose du testicule reste « localisée » : les noyaux caséux de l'épididyme peuvent s'enkyster et se résorber, ne laissant d'autres traces que des nodosités fibreuses inactives; même après ouverture, les cavernes peuvent se combler et les fistules se tarir, transformées en un cordon scléreux; les vésicules et la prostate restent guéries. Ces malades continuent de vaquer à leurs occupations; leur état général ne souffre point et cette guérison, par sclérose, s'accomplit lentement. Toutefois, il faut se méfier des rechutes : nous avons vu, après de longs intervalles, la maladie reparaitre, frapper l'autre testicule, s'étendre à la vessie, aux reins, et entraîner une tuberculisation mortelle.

**Traitement.** — Le traitement général a une haute importance et est souvent suffisant quand les lésions sont dures et restent cantonnées à l'épididyme : huile de morue, iodure de sodium, bains chlorurés sodiques.

Étant donné un foyer caséux ramolli de l'épididyme ou du testicule, on peut le traiter par des injections au naphтол camphré ou à l'éther iodoformé; mais les résultats en sont précaires. — Quand les abcès sont multiples, quand testicule et épididyme paraissent pris, quand des fistules intarissables sont ouvertes, la castration s'impose et a souvent un excellent effet de relèvement sur la nutrition générale. Elle n'est contre-indiquée que par des lésions pulmonaires ou rénales trop avancées. — Récemment, on a voulu borner à l'épididyme, siège prépondérant du mal, cette excision et conserver la sécrétion interne du testicule : ces interventions qui ont fourni des résultats suffisants dans l'épididymite tuberculeuse, consistent soit dans le curettage des foyers épididymaires, soit, ce qui est mieux, dans la résection totale de l'organe.