

## ARTICLE VII

## SYPHILIS DU TESTICULE

La syphilis frappe le testicule sous deux formes cliniques : 1<sup>o</sup> la *syphilis héréditaire* ; 2<sup>o</sup> la *syphilis acquise*.

**Du processus de l'orchite syphilitique, en général.** — Dans l'un et l'autre cas, un point anatomique est commun : le virus syphilitique, qu'il soit transmis dans le sang par hérédité ou qu'il y soit introduit par une vérole acquise, porte son action initiale et élective sur l'élément conjonctif de la glande spermatique.

Chez l'enfant, jusqu'à la puberté et alors que le tissu glandulaire est encore dénué de toute fonction sécrétoire, cette charpente conjonctive de l'organe est l'élément prépondérant : rien d'étonnant à ce qu'elle devienne une localisation de choix pour l'hérédosyphilis et à ce que les lésions diffuses y affectent la forme d'une infiltration interstitielle massive.

Chez l'adulte, l'élément glandulaire, entré en pleines fonctions, a pris son développement prédominant ; aussi, la dissémination de la sclérose y est-elle plus irrégulière, laissant intactes certaines portions de l'organe. — Toutefois le tissu conjonctif ne manque point au testicule adulte. Il y est représenté par ce réseau de soutènement, qui procède des cloisons secondaires émanées de l'albuginée et qui est composé de trois éléments : 1<sup>o</sup> vaisseaux ; 2<sup>o</sup> faisceaux conjonctifs ; 3<sup>o</sup> cellules interstitielles à protoplasma granuleux, tantôt disposées en manchons autour des petits vaisseaux, tantôt groupées autour des tubes séminifères, en cordons cylindriques ou en petits nodules, cellules dont la nature reste en débat, les uns y voyant une simple variété de cellules conjonctives, les autres des dérivés de l'épithélium germinatif restés sans emploi dans la formation des tubes. A ces éléments s'ajoutent les cellules de l'endothélium dont les tubes séminifères sont pourvus sur leur surface externe.

C'est sur ce tissu conjonctif que l'intoxication syphilitique exerce une irritation pathogène qui aboutit, soit aux formations fibreuses de l'orchite interstitielle, soit à la production de nodules gommeux circonscrits. Sans doute, le tissu glandulaire ne reste point étranger à ce processus. Mais ses lésions sont surtout secondaires, d'ordre mécanique, consécutives à la compression des tubes par les masses scléreuses. La loi commune de toutes les cirrhoses viscérales est ici applicable : l'élément noble est étouffé par la prolifération conjonctive.

## I. — SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

**Historique.** — En 1862, GOSSELIN publia la première observation d'orchite syphilitique héréditaire. Mais l'histoire de l'hérédosyphilis testiculaire a été inaugurée surtout par les travaux des Anglais NORTH, BRYANT, TAYLOR. En 1878, HUTINEL a publié un mémoire qui est demeuré l'étude fondamentale, par la valeur des observations cliniques et par la précision des données anatomo-pathologiques. Il faut consulter encore : la monographie de FOURNIER sur la syphilis héréditaire tardive ; le travail de CARPENTER, paru en 1892 ; celui de TAYLOR, publié l'année suivante ; la thèse de SERINGE, en 1899, qui a mis en lumière les lésions propres à l'épididyme.

**Anatomie pathologique.** — Un fait, nous l'avons indiqué plus haut, caractérise les lésions histologiques du testicule syphilitique héréditaire ; c'est la *diffusion régulière du processus de prolifération conjonctive*.

Macroscopiquement, on trouve, à la coupe, une glande volumineuse, congestionnée et dense, montrant des orifices vasculaires et des points blanchâtres granules. — Microscopiquement, on constate, autour des vaisseaux dilatés et dans les espaces interlobulaires, des amas diffus de cellules embryonnaires. Donc, dans le testicule infantile, les groupements cellulaires circonscrits, les formations de nodules gommeux demeurent l'exception : HUTINEL ne les a rencontrés qu'une fois ; FOURNIER et CARPENTER n'en ont rapporté que quelques exemples. Ce qui domine, ce sont des lésions d'*orchite intersti-*

tielle et, comme SERINGE l'a confirmé, d'*épididymite interstitielle*. Et cette infiltration disséminée de cellules embryonnaires obéit à l'évolution ordinaire des néoformations conjonctives : d'abord, phase de prolifération et d'hypertrophie de l'organe; ensuite, phase de condensation et de rétraction fibreuse. A la cirrhose hypertrophique succède la cirrhose atrophique : les tubes séminifères sont étouffés par les productions scléreuses; la destruction glandulaire s'accomplit et le testicule devient dense et fibreux, avec quelques résidus de tubes dont les parois sont elles-mêmes envahies par la sclérose.

**Symptomatologie.** — Le sarcocèle syphilitique peut se montrer chez le nouveau-né et coexister, chez lui, avec d'autres manifestations de l'hérédo-syphilis : syphilides cutanées et muqueuses; lésions des centres nerveux ou des organes des sens : altérations viscérales, surtout du côté du foie. Mais, son maximum de fréquence s'observe entre le deuxième et le septième mois. Il peut apparaître à une période tardive, comme l'a montré FOURNIER : à seize, dix-huit, vingt et même vingt-quatre ans.

Pour le médecin, l'observation doit être attirée vers le testicule par la constatation d'autres lésions hérédo-syphilitiques; pour les parents, c'est l'augmentation de volume de l'organe qui met leur attention en éveil.

Dans un scrotum, ordinairement sain, vous palpez un testicule *gros* (allant des dimensions d'une grosse noisette à celle d'un œuf de pigeon), *dur, pesant, lisse, non douloureux à la pression*. Dans un quart des cas, il y a de l'*hydrocèle* concomitante : sur la face antérieure de l'organe, palpez avec deux doigts; vous percevez l'existence d'une mince nappe liquide. En général, vous trouverez les deux testicules atteints, mais à un degré inégal : cette dualité de la lésion est un trait caractéristique de l'affection, par opposition avec l'unilatéralité ordinaire du sarcocèle syphilitique de l'adulte.

En raison de la forme diffuse de la sclérose, le testicule infantile, quand le traitement ne s'y oppose point à temps, est voué à l'atrophie totale; et, en raison de la bilatéralité des lésions, il en résulte une castration fonctionnelle. De là, la gravité de

l'affection : cette cirrhose atrophique des deux testicules peut mettre obstacle au développement normal du sujet et l'arrêter dans un état d'infantilisme définitif.

**Traitement.** — Aussi, le traitement doit être hâtif. Êtes-vous en présence d'un cas de syphilis maternelle, prescrivez, à la mère, dès le cinquième mois de la grossesse, des injections mercurielles et l'iodure à doses fortes, avec interruptions périodiques. L'enfant est né syphilitique : exigez l'allaitement maternel; prescrivez le sirop de GIBERT, et faites suivre à la mère, devenue nourrice, un traitement spécifique parallèle.

## II. — SYPHILIS ACQUISE

**Historique.** — Au commencement du XIX<sup>e</sup> siècle, BENJAMIN BELL fut le premier à séparer cliniquement les localisations testiculaires de la syphilis et de la blennorrhagie : l'évolution froide et indolente des premières ne ressemble pas à la marche inflammatoire de l'orchite de la chaudepisse; ASTLEY COOPER confirma cette distinction. — Le « sarcocèle syphilitique » ne doit point non plus être confondu avec les tumeurs malignes de la glande spermatique et un traitement d'épreuve s'impose avant l'ablation de certains testicules réputés cancéreux : tel est le fait de diagnostic que DUPUYTREN s'attacha à préciser dans ses leçons orales. — Ainsi séparé de l'orchite blennorrhagique et du sarcocèle cancéreux, le testicule syphilitique fut décrit magistralement par RICORD, en 1840. Dans ce tableau classique, dont les traits sont partout copiés, une erreur s'était maintenue : le testicule syphilitique, affirmait RICORD, ne suppure jamais; dans son article du traité de chirurgie de BILLROTH, KOCHER apporta deux faits contraires à cette assertion; REYNIER et TERRILLON montrèrent aussi la suppuration possible des syphilomes testiculaires; dans son mémoire fondamental de 1882, RECLUS étudia la gomme du testicule et la suppuration; par son article écrit en collaboration avec MALASSEZ, il précisa les lésions histologiques de la syphilis testiculaire et ce document est resté sans retouches.

**Étiologie.** — Trois points sont à préciser : 1<sup>o</sup> les causes de

cette localisation ; 2° ses rapports avec la gravité de la syphilis causale ; 3° sa date d'apparition.

1° Pourquoi chez certains vérolés (une fois environ sur trente ou quarante cas, d'après les statistiques de BALME et de LEPRÉVOST, ce qui nous paraît un chiffre majoré), pourquoi le testicule est-il le siège de lésions syphilitiques ? — Il est possible qu'un traumatisme, un surmenage génital, une orchite blennorragique, antérieure ou coexistante, localisent sur cet organe le virus syphilitique. Mais ordinairement, cette localisation se produit spontanément, comme elle se montre ailleurs, dans le foie, dans le système osseux, sans raison déterminante. On peut incriminer l'importance du stroma conjonctif de l'organe. Il faut surtout considérer l'isolement du testicule, appendu à un long pédicule vasculaire, ce qui en fait, par stase circulatoire, un lieu d'élection pour la fixation des toxines ou des microbes charriés dans le sang, ainsi que le montre la fréquence des orchites infectieuses.

2° Cette localisation testiculaire est-elle la traduction d'une intoxication syphilitique grave ? — Les faits cliniques semblent établir que le sarcocèle syphilitique est « l'expression d'une vérole forte » ; mais nous l'avons vu parfois répondre à des syphilis bénignes, ne se manifestant par aucune autre lésion.

3° A quelle période l'infection syphilitique frappe-t-elle ordinairement le testicule ? — Dès la période secondaire, trois à cinq mois après le chancre, cette localisation peut apparaître mais, alors, elle se fait surtout sur l'épididyme : cette épидидymite précoce, signalée dès 1862 par DRON, étudiée par TÉDENAT et CUILLERET, est contemporaine des plaques muqueuses et des syphilides cutanées secondaires. — Quant au testicule lui-même, bien que NÉLATON, CURLING et HAMILTON l'aient vu atteint dès le troisième mois, il est rarement envahi aux débuts de la période secondaire : le sarcocèle syphilitique se range dans les accidents du tertiérisme, mais il est une manifestation précoce de cette période ; assez souvent, il apparaît à la phase secondotertiaire et se montre contemporain de l'iritis ; sa fréquence maxima correspond, selon RECLUS, aux deuxième, troisième, et quatrième années ; mais nous l'avons observé au cours de

véroles plus vieilles, après les huitième, dixième et quinzième années.

**Anatomie pathologique.** — Le testicule syphilitique, à la période d'orchite interstitielle, avec hypertrophie, est souvent plus volumineux qu'un œuf de poule : il a conservé sa forme générale ; son enveloppe albuginée est semée de grains scléreux ou « blindée » de plaques fibreuses irrégulières. — Au début de l'affection, l'hydrocèle est fréquente. A mesure que l'orchite vieillit, les deux feuillets de la séreuse s'accolent, adhèrent et s'épaississent, si bien que la glande et l'épididyme, inclus dans cette pachyvaginalite fibreuse, deviennent indistincts au milieu de cette gangue de néomembranes.

Pratiquez une coupe de l'organe. S'agit-il d'une infiltration conjonctive diffuse, d'une orchite interstitielle, la surface de section vous montre un tissu dense, grisâtre, résistant. C'est le type de l'*orchite scléreuse* : on s'explique qu'une production fibreuse, aussi disséminée, aboutisse, comme terme anatomique, à l'atrophie du testicule.

Si l'on suit, en effet, l'évolution histologique de cette orchite interstitielle, on note les deux stades suivants : d'abord hyperplasie de tous les éléments conjonctifs de la glande, cellules du stroma et cellules de la couche externe des canalicules ; puis épaississement fibreux et rétraction de ce tissu conjonctif néoformé, qui étouffe les tubes séminifères ; transformation des tubes eux-mêmes et des vaisseaux en cordons fibreux imperméables. A cette phase ultime, le tissu testiculaire aboutit à un véritable fibrome. L'organe se rapetisse et se bosselle, car sa transformation scléreuse est rarement régulière : de la face interne de l'albuginée épaissie et du *rete testis* induré partent des travées fibreuses denses, dont l'aspect laiteux, dû aux fibres conjonctives, tranche sur la coloration chamois des portions glandulaires persistantes. C'est une vraie *cirrhose atrophique* du testicule, plus ou moins généralisée : fonctionnellement, elle équivaut, selon le mot de FOURNIER, à une « castration sous-albuginée ».

Mais ce type de *sclérose diffuse*, qui est le propre du testicule hérédo-syphilitique, s'observe rarement à l'état pur ; il

s'y combine ordinairement une formation *nodulaire circonscrite* : c'est la *gomme testiculaire*. — Donc, en raison de cette combinaison ordinaire de la sclérose et de la gomme, le testicule n'échappe point aux lois d'évolution de la syphilis tertiaire : le sarcocèle syphilitique est une *orchite scléro-gommeuse*.

Ces nodules ne sont parfois appréciables qu'au microscope, sous l'aspect d'amas de cellules embryonnaires autour des vaisseaux et entre les canalicules. Le caractère important de ces nodules, c'est leur tendance à la confluence, pour former des masses dont le volume varie depuis une tête d'épingle, un grain de plomb, jusqu'aux dépôts caséux gros comme un petit pois, une noisette. Cette masse est ordinairement arrondie, aux limites indécises se continuant avec le tissu ambiant. — Selon l'âge de son évolution, la gomme change de coloration : à l'état de néoformation, elle est gris rosé ou jaune, avec des fibres ambrées rappelant la chair de l'ananas, n'offrant jamais le ton gris mat du mastic de vitrier ou le blanc opaque du marron cru, caractéristiques des foyers tuberculeux ; en vieillissant, la gomme jaunit et se désagrège. Autour de la gomme, le tissu voisin réagit, par une formation fibreuse, pour isoler le tissu morbide. — Aussi, en coupe transversale, trouve-t-on, à ce niveau, selon RECLUS, quatre zones concentriques : 1° une *bande périphérique* de parenchyme sclérosé ; 2° une *zone rouge*, à lames fibreuses moins épaisses, avec des cellules conjonctives proliférées et des îlots de cellules migratrices ; 3° une *bordure claire* avec de grandes trainées cellulaires entre les faisceaux étroits de la charpente fibreuse ; 4° une *masse centrale*, caséuse, composée de détritits cellulaires.

La gomme, ainsi constituée, va suivre l'une ou l'autre de ces deux évolutions : ou bien, sous l'influence du traitement spécifique, elle se guérira par résolution, la partie centrale caséifiée se résorbant et ne laissant qu'une cicatrice « en capiton » ; ou bien, la gomme ramollie se videra à l'extérieur et donnera lieu à une fistule plus ou moins persistante.

La caverne gommeuse, ainsi évacuée, devient parfois le point

de départ d'un bourgeonnement, exubérant et en saillie, du tissu testiculaire : c'est le *fongus du testicule*, lésion fameuse par les débats qu'elle a suscités parmi les syphiligraphes. — En réalité, la question est simple ; il existe deux variétés de fongus : 1° le *fongus profond* ou *interstitiel*, véritable champignon, à surface

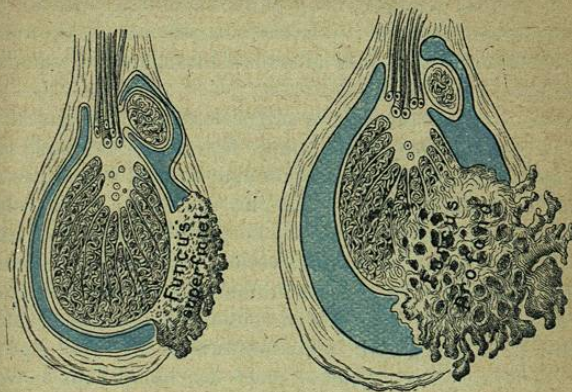


Fig. 242.

Schéma montrant les différences d'origine du fongus superficiel et du fongus profond.

rougeâtre et humide dont le chapeau s'étale sur le scrotum, mais dont le pied prolongé à travers l'orifice scrotal se continue avec le parenchyme testiculaire ; cette variété résulte du bourgeonnement de la glande, après ouverture d'une gomme à l'extérieur et élimination de ses produits caséifiés ; 2° le *fongus superficiel* qui, au lieu de naître d'une caverne gommeuse et par conséquent du parenchyme même de l'organe, est issu de l'albuginée mise à nu par une perte de substance scrotale, et couverte de bourgeons charnus qui végètent en une masse framboisée.

**Symptomatologie.** — En pleine période secondaire, du troisième au sixième mois, l'épididymite syphilitique peut s'observer à l'état de lésion isolée : c'est une nodosité, du volume d'un pois à une noisette, de consistance ferme, indolente à la pression, ordinairement localisée à la tête de l'organe. Son

début est le plus souvent insidieux ; mais on a noté des invasions brusques, d'allure inflammatoire. Sous l'action du mercure, la lésion aboutit à la résolution complète : elle respecte la fonction spermatique et le liquide éjaculé montre la persistance des spermatozoïdes.

A la période tertiaire, la syphilis envahit le testicule avec lenteur et sans douleur : « le chef de service, disait Ricord, doit surveiller les testicules de ses malades, plus que les malades eux-mêmes. »

Les cas sont très rares où le sarcocèle débute avec une acuité telle qu'il simule une orchite aiguë, le testicule devenant rapidement le siège d'une tuméfaction douloureuse, le scrotum rougissant et s'enflammant. — Le plus souvent, c'est le volume insolite, la pesanteur gênante de l'organe qui attirent l'attention. Vous trouvez alors un scrotum ordinairement sain et souple, glissant sur les couches profondes. — Plaçant une main sous les bourses, de façon à bien soutenir le testicule, explorez l'organe : il est grossi, mais uniformément développé ; il prend la forme d'un « galet », placé de champ dans la vaginale. Sa surface est lisse, parfois accidentée de grains hémisphériques, de saillies piriformes enchâssées dans l'albuginée, ou doublée de plaques fibreuses irrégulières. — Palpez sa consistance : elle est d'une dureté cartilagineuse, et cette pression est indolore. Recherchez, par la perception d'une nappe fluctuante ou rénitente, l'existence, fréquente au début, d'une hydrocèle. Ne comptez pas délimiter avec précision le testicule de l'épididyme : leur sillon de séparation est comblé par la péri-épididymite, par les membranes fibreuses de la vaginale, par les néoformations conjonctives qui les fusionnent en une masse unique. Vous guidant sur le canal déférent, comme sur un fil conducteur, cherchez à reconnaître l'épididyme au sommet de cette coque : et dans un tiers des cas, vous y trouvez des noyaux durs, déposés dans la tête ou dans la queue de l'organe. En général, le canal déférent est normal : nous venons d'observer, cependant, une volumineuse funiculite tertiaire, où le cordon était doublé de volume.

Trois terminaisons menacent le porteur d'une orchite scléro-

gommeuse non traitée spécifiquement : 1° l'*atrophie* de l'organe et l'*impuissance sexuelle* qui en est l'effet ; 2° la *suppuration* des gommés et la *fistule* qui résulte de l'évacuation persistante des amas gommeux incessamment formés ; 3° le *fungus*, qu'il soit superficiel, émané de l'albuginée, ou profond, issu du bourgeonnement d'une caverne gommeuse vide.

La *cirrhose atrophique* du testicule est lente : longtemps les désirs vénériens peuvent persister ; mais un jour vient où l'activité sexuelle baisse et où, en raison de la bilatéralité ordinaire des lésions, l'impuissance est le résultat final.

La *suppuration* s'annonce par des phénomènes douloureux : sur un point de la *partie antérieure* du scrotum, la peau prend un ton rouge vineux ; à ce niveau, ce n'est point une fluctuation nette que vous percevez, mais une consistance encore dure ; puis, par les progrès du ramollissement, la peau s'ouvre à une bouillie puriforme, jaunâtre, formée de grumeaux délayés dans de la sérosité filante, rappelant une solution de gomme arabe. A cette issue de liquide succède l'élimination, souvent lente, du *bourbillon gommeux* analogue à celui de l'anthrax : c'est un paquet de filaments jaunâtres, que FOURNIER compare à des lambeaux d'étoffe ou de filasse trempés dans de l'eau, adhérents, qu'il faut extraire à la pince. L'ulcération scrotale, large de 2 à 4 centimètres, aux bords violacés et taillés à pic, circonscrit une cavité anfractueuse, d'où continuent à s'évacuer les travées fibreuses de la gomme et ses amas de granulations jaunâtres. Ces lésions n'ont aucune tendance à la réparation spontanée : la fistule persiste ; autour d'elle, le scrotum s'indure et prend un épaissement éléphantiasique comparable à celui qui accompagne les vieilles fistules urinaires.

Le *fungus* syphilitique se montre sous l'aspect d'une masse végétante, faisant hernie à travers l'ulcération scrotale, véritable « granulome », formée de bourgeons charnus, à surface framboisée, rougeâtre, recouverte de muco-pus, insensible à la pression. Un stylet peut s'engager sous le rebord de l'ulcération scrotale. — Le *fungus* superficiel se distingue du profond par ces deux signes : 1° si vous comprimez transversalement la masse sur laquelle repose le *fungus*, vous provoquez la douleur testi-

culaire caractéristique ; 2° tandis que, dans le fongus profond, la glande normale est à peine perceptible, vous reconnaissez, dans le superficiel, la forme conservée du testicule au-dessous de la masse fongueuse.

**Diagnostic.** — Soit une épididymite secondaire ; deux affections peuvent prêter à confusion : 1° une orchite blennorrhagique ; 2° une tuberculose épididymaire. L'indolence ordinaire de l'affection ; la non-existence d'une uréthrite ; la forme circonscrite de la nodosité épididymaire ; la présence contemporaine d'accidents secondaires : tels sont les points sur lesquels se fondera le premier diagnostic. — Il est plus fréquent de confondre la nodosité syphilitique avec une tuberculose au début : la masse tuberculeuse a un contour moins net qu'elle, une consistance moins dure, une limitation moins précise à la tête ou à la queue de l'organe ; le traitement spécifique tranche rapidement cette question.

Le sarcocèle tertiaire, *avant la suppuration*, a un tableau si précis, ordinairement, que le diagnostic s'affirme par ces caractères mêmes : testicule lourd, plat, dur, indolent, fusionné en masse avec l'épididyme, à surface lisse ou granulée de saillies piriformes ou blindée de plaques résistantes. — Cela différencie bien le testicule syphilitique du testicule tuberculeux : ici l'épididyme est bosselé ; les lésions ne sont pas indolores ; il y a une tendance au ramollissement rapide ; le canal déférent, les vésicules séminales et la prostate montrent souvent des lésions décisives. — Les tumeurs malignes du testicule n'ont pas la résistance ligneuse du sarcocèle tertiaire et leur accroissement est rapide, non influencé ou même accéléré par le traitement spécifique. — Certaines hématocèles peu volumineuses et à parois dures créent un problème de diagnostic qui n'est résolu que par l'iodure de potassium.

*Après la suppuration*, l'orchite scléro-gommeuse peut être confondue avec la tuberculose. Distinguez le testicule tuberculeux par l'ensemble des caractères suivants : la fréquence maxima des lésions est au niveau de l'épididyme, et, par conséquent, les fistules qui leur succèdent s'observent surtout à la partie postérieure de l'organe ; le cordon et la prostate sont

souvent altérés, alors que, dans la syphilis, leur atteinte est exceptionnelle.

**Traitement.** — Prescrivez l'iodure, à doses fortes, 5, 6 et 8 grammes. Si la vérole est vieille, vous pouvez vous en tenir à l'iodure seul ; mais il est préférable de lui associer soit les frictions, soit plutôt les injections mercurielles. Dans les cas moyens, vous verrez en trois ou cinq semaines le testicule s'assouplir et revenir à ses dimensions. Sur les gommages en voie de ramollissement, l'effet est frappant dès les premiers jours : quelques grammes d'iodure peuvent faire tourner court une poussée gommeuse ; si la caséification est complète, l'iodure et le mercure ne « mordent » que sur l'élément scléreux, le testicule reprend sa souplesse, la gomme poursuit son évolution ; si la gomme est ouverte et fistulisée, très rapidement le fond se déterge, les bords se rapprochent, l'ulcère se réduit. Sur les testicules totalement scléreux, sur ces fibromes denses auxquels aboutit une orchite interstitielle négligée, le traitement spécifique n'a point d'action.

## ARTICLE VIII

## TUMEURS DU TESTICULE

**Histoire et doctrines.** — Les tumeurs du testicule forment un groupe complexe qui, *histologiquement*, commence à se débrouiller, mais qui, *cliniquement*, demeure confus.

Pour le *clinicien*, la division essentielle, c'est celle qui distingue : 1° des tumeurs bénignes ; 2° des tumeurs malignes. Mais cette distinction qui, ailleurs, peut se fonder sur des caractères symptomatiques valables, ne trouve ici que des données insuffisantes et inconstantes. Exemple : le premier essai de différenciation clinique d'un type de tumeur bénigne fut réalisé, dès le commencement de ce siècle, par A. COOPER qui, en 1804, décrivit la *maladie kystique* du testicule que caractérise la formation de cavités nombreuses, de volume et de contenu variables. Or,