

souvent se faire le bistouri à la main, et la conduite est réglée d'après la nature de la tumeur.

D'une manière générale, toutes les fois qu'on hésite entre un cancer et une hématoécèle, il faut diagnostiquer un cancer (Nélaton).

**Pronostic.** — L'hématoécèle est une affection grave; elle compromet les fonctions du testicule et nécessite une intervention qui n'est pas toujours sans danger.

**Traitement.** — Au point de vue du traitement, il est nécessaire de distinguer les hématoécèles dans lesquelles les parois sont peu épaissies de celles où elles ont acquis une épaisseur considérable. Dans le premier cas, la ponction et l'injection iodée pratiquée après des lavages abondants de la poche destinés à entraîner tous les caillots, ont donné souvent de bons résultats.

Si cette intervention est insuffisante et si elle est suivie de phénomènes inflammatoires, la poche doit être fendue largement, débarrassée des produits qu'elle renferme et pansée antiseptiquement.

Dans le cas d'hématoécèle à parois très épaissies, cette ouverture large s'impose d'emblée et n'est que le premier temps d'une opération ayant pour but l'ablation ou la destruction des néo-membranes qui tapissent la face interne de la tunique vaginale. Sous le nom de *décor-tication*, Gosselin a pratiqué soit avec les doigts, soit avec une spatule, le décollement de la fausse membrane de proche en proche, depuis les lèvres de l'incision cutanée jusqu'au testicule.

Cette opération peut se faire plus simplement aujourd'hui à l'aide de la cuiller tranchante avec laquelle on racle et on enlève les nouveaux produits. La plaie est avantageusement laissée ouverte et bourrée de gaze iodoformée.

Il est souvent nécessaire de réséquer une bonne partie des bourses et de l'épaississement de la vaginale en forme de tranches de melon pour diminuer l'étendue de la cavité suppurante.

Enfin, la castration est le seul traitement applicable dans les cas où les parois très épaissies, devenues ossiformes ou cartilagineuses, sont incapables de bourgeonner et de se cicatriser, et où le testicule, perdu et atrophié dans les néo-membranes, ne peut être conservé sans aucune utilité.

## AFFECTIONS DU TESTICULE ET DE L'ÉPIDIDYME

### I

#### ANOMALIES DU TESTICULE.

Les anomalies du testicule ont été étudiées dans un certain nombre de travaux restés classiques et qui sont dus à Follin (*Archives générales de médecine*, 1851), à Roubaud (*Traité de l'impuissance*, 1852), à Godard (*Mém. Soc. de biologie*, 1856, et Thèse de Paris, 1858) à Le Dentu (Thèse agrégation, 1869).

L'*hypertrophie* et l'*atrophie* testiculaires d'origine congénitale sont peu connues; l'hypertrophie ne se montre qu'à la puberté, tandis qu'au contraire l'atrophie peut disparaître au moment des passions sexuelles et avec l'exercice des fonctions génitales. Beaucoup de cas d'atrophie réputée congénitale ne sont probablement que des manifestations de la syphilis héréditaire (Hutinel).

On ne connaît qu'une observation probante (G. Blasius) dans laquelle l'examen anatomique ait démontré la présence d'un testicule *surnuméraire* à droite (*triorchidie*).

L'*absence* de testicule ou *anorchidie* est moins rare; Grüber en signale 51 cas, dont 25 d'anorchidie *simple* et 8 d'anorchidie *bilatérale*. Le testicule peut manquer seul; le plus souvent il manque en même temps que l'épididyme.

Is. Geoffroy Saint-Hilaire a rapporté le seul exemple connu de fusion des testicules dans l'abdomen (*synorchidie*); cette fusion a été vue dans le scrotum, comme elle existe normalement chez les kanguroos, où le scrotum n'est pas cloisonné.

#### ANOMALIES DE POSITION, ECTOPIES.

Le testicule est en *ectopie* quand il s'est arrêté en un point de la migration qui l'amène de l'abdomen au fond des bourses.

Les mots *monorchidie*, *cryptorchidie simple* désignent l'absence

de l'un des testicules de sa position normale; les mots *cryptorchidie*, *cryptorchie*, *cryptorchisme*, employés seuls, s'appliquent à cette anomalie lorsqu'elle est double (Le Dentu).

Sur 1000 individus on en trouve en moyenne un atteint d'*ectopie unilatérale*, avec une fréquence à peu près égale pour l'un ou pour l'autre côté; l'*ectopie bilatérale* n'existe qu'une fois sur plus de 10 000 individus (Marshall).

Suivant les points où le testicule est arrêté, on distingue une ectopie *inguinale*, de beaucoup la plus fréquente (30 fois sur 44 cas (Godard), *abdominale* (7 cas), *cruro-scrotale* (5 cas), *périnéale* (5 cas), *crurale* (1 cas).

Dans l'*ectopie inguinale*, le testicule peut occuper un point quelconque du trajet et même franchir l'orifice externe, et venir se placer sous les téguments; il est fixe ou mobile et peut rentrer dans l'abdomen par la pression ou le décubitus. Le testicule est enveloppé par un prolongement du péritoine qui peut rester en communication avec la grande cavité ou s'oblitérer à sa partie profonde de façon à former une véritable cavité vaginale qui fournit un diverticulum autour de l'épididyme et du canal déférent. Dans quelques cas, ces deux parties abandonnent le testicule et forment une anse qui descend au-dessous de lui plus ou moins bas dans le scrotum.

La présence du testicule dans le trajet inguinal en affaiblit les parois et favorise la formation d'une hernie qui peut arriver jusque dans le fond des bourses. Suivant la situation de l'intestin par rapport à la glande, on observe un certain nombre de variétés de hernie qui ont été décrites dans une autre partie de cet ouvrage.

L'*ectopie abdominale* est caractérisée par la présence du testicule au point même où il s'est développé (*e. sous-rénale*), ou plus ou moins bas dans la fosse iliaque interne (*e. iliaque*), ou tout près de l'orifice profond du trajet inguinal (*e. rétro-pariétale*).

Dans l'*ectopie cruro-scrotale*, le testicule sorti de l'anneau superficiel ne peut arriver jusqu'au scrotum et reste fixé au pli cruro-scrotal. Dans l'*ectopie périnéale*, il se place sous la peau du périnée, un peu en avant de l'anus; enfin dans l'*ectopie crurale*, le testicule passerait à travers la paroi antérieure du trajet crural et descendrait à la partie supérieure de la cuisse.

Dans la cryptorchidie double, il n'y a pas de trace de scrotum; l'un des côtés est vide et atrophié dans l'*ectopie unilatérale*.

Le testicule arrêté à l'aîne est le plus souvent atteint de transformation graisseuse et fibreuse, peut-être à cause des froissements et des contusions chroniques dont il est le siège, tandis que dans l'*ectopie abdominale*, la glande bien protégée conserve sa structure normale.

Elle peut sécréter du sperme comme à l'état normal; cependant en général les sujets atteints de cryptorchidie bilatérale sont inféconds et quelquefois impuissants et peuvent même présenter tous les signes qui caractérisent le type de l'eunuque.

Le testicule en ectopie est quelquefois le siège d'élancements douloureux revenant par accès et provoqués par la marche, le coit, les efforts. S'il est pris d'inflammation à la suite de contusion ou même spontanément, sa compression dans les parois du conduit inguinal détermine des phénomènes qui rappellent ceux de l'étranglement herniaire.

On a tenté de remédier à l'*ectopie cruro-scrotale* et *périnéale* en remettant l'organe en place par une opération. Annandale a remplacé avec succès un testicule douloureux situé en ectopie périnéale.

L'*ectopie inguinale* se compliquant fréquemment de hernie, peut donner lieu à des indications spéciales; on peut réduire tout à la fois hernie et testicule et les maintenir par un bandage (Curling), ou bien laisser libres la hernie et le testicule jusqu'à ce que ce dernier ait complété sa migration (Gosselin). On peut dans ce cas se servir avec avantage d'un bandage à pelote *bifurquée* qui maintient la hernie sans comprimer le testicule (Le Fort, in Thèse de Barreau, Paris, 1884).

Si l'on tente, dans ces circonstances, la cure radicale de la hernie, le testicule peut être sacrifié sans grand dommage.

Enfin la castration sera pratiquée dans le cas où le testicule ectopie est le siège de vives douleurs (Monod et Terrillon, *Archives générales de médecine*, 1880), et à plus forte raison d'une dégénérescence maligne.

## INVERSION DU TESTICULE.

L'inversion du testicule a été décrite par Maisonneuve (Thèse de Paris, 1835), et ensuite étudiée par Royet (Thèse de Paris, 1859).

On distingue une *inversion antérieure*, la plus fréquente de toutes

(une fois sur 15 à 20 sujets), dans laquelle le bord libre du testicule est en bas et en arrière et l'épididyme en haut et en avant; une inversion *latérale* — épididyme placé sur le côté de la glande; une inversion *supérieure* ou *horizontale* — grand axe du testicule horizontal, épididyme en haut, la tête en général en arrière; une inversion en *anse* ou en *fronde* — testicule vertical entouré d'une sangle formée par l'épididyme et le canal déférent. L'épididyme est le plus souvent en avant.

Ces anomalies ne sont importantes à reconnaître que dans le cas d'hydrocèle ou de tumeur du testicule.

## II

## LÉSIONS TRAUMATIQUES DU TESTICULE.

## a. PLAIES.

Les *plaies* du testicule par instrument piquant ne se produisent guère que dans la ponction malheureuse d'une hydrocèle, ou quand on fait un débridement à la lancette de la tunique albuginée contre les douleurs excessives de l'orchite. Elles sont sans gravité et guérissent facilement.

Les plaies par instruments tranchants sont rares et bénignes si elles portent sur un testicule sain. Dans ce cas, la substance intratesticulaire n'a aucune tendance à faire hernie au niveau de la solution de continuité (Monod, Artéaga, Thèse de Paris, 1885). La substance séminifère, au contraire, s'élimine complètement si la plaie intéresse un testicule enflammé. L'atrophie de cette substance par le tissu cicatriciel est la conséquence d'une plaie du testicule même guérie simplement.

Les plaies contuses appartiennent à l'histoire de la contusion; les plaies par armes à feu s'accompagnent de dégâts du scrotum et du périnée; le testicule se détruit par suppuration ou par gangrène.

Les indications ne présentent rien de particulier; Kocher a suturé une plaie du testicule produite accidentellement dans l'incision

pour le traitement de l'hydrocèle. Les chirurgiens militaires proposent la castration immédiate dans les cas de plaies contuses par armes à feu.

## b. CONTUSIONS.

La contusion du testicule a été étudiée récemment par Coutan (Thèse de Paris, 1884), Monod et Terrillon (*Archives générales de médecine*, 1884).

Elle est produite par un coup de pied, le rapprochement brusque des cuisses, une chute à califourchon, une morsure de cheval.

D'après les expériences de Monod et Terrillon, la contusion peut présenter trois degrés dans lesquels les lésions varient de la simple hémorragie capillaire à la formation de foyers sanguins dans la substance du testicule et à la rupture de l'albuginée avec hernie des tubes séminifères sous forme de filaments grisâtres, noirâtres (3<sup>e</sup> degré). Les mêmes lésions, moins la rupture de la tunique fibreuse, se rencontrent dans l'épididyme. Le troisième degré ne peut être obtenu que par une violence considérable; la rupture de l'albuginée exige une pression de 50 kilogrammes (Monod et Terrillon).

**Symptômes.** — Le phénomène essentiel de la contusion testiculaire est une douleur immédiate, irradiée à l'aîne et aux reins, s'accompagnant d'un état syncopal très prononcé; il y a une véritable *commotion testiculaire* (Kocher), qui a pu exceptionnellement être suivie de mort (Curling, Kocher).

Des phénomènes inflammatoires consécutifs peuvent se déclarer et entraîner en général l'atrophie de l'organe, rarement sa suppuration ou la gangrène.

On observe quelquefois, comme suites éloignées, des névralgies rebelles du testicule et du cordon, et assez souvent le début de la tuberculose ou du cancer semble remonter à une contusion antérieure de l'organe.

Les téguments des bourses sont souvent fortement contusionnés et déchirés, et on a vu le testicule luxé passer à travers un décollement jusque sous la peau de la face interne de la cuisse.

Le repos et les applications résolutives seront seuls employés s'il ne survient pas d'indication spéciale.

## III

## LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DU TESTICULE.

## ORCHITES. — ÉPIDIDYMITES.

L'*orchite* est l'inflammation du testicule; dans les formes aiguës surtout, il est rare que la phlegmasie n'atteigne pas en même temps l'épididyme et la tunique vaginale, de sorte qu'on est bien obligé de confondre sous le nom d'*orchite* ou d'*orchi-épididymite* l'inflammation de ces trois parties.

L'*orchite* est *aiguë* ou *chronique*.

## a. ORCHITES AIGUËS, ORCHI-ÉPIDIDYMITES.

**Étiologie.** — L'*orchite* aiguë reconnaît pour cause, soit un *traumatisme*, soit une *affection aiguë* ou *chronique de l'urèthre*, soit une *maladie générale*.

Les plaies et les contusions déterminent avec une fréquence à peu près égale des phénomènes inflammatoires sur le testicule et sur l'épididyme.

Après certains efforts violents on voit quelquefois se développer une *orchite* aiguë (Velpeau); Tillaux est disposé à l'attribuer à la contusion du testicule brusquement appliqué contre le pubis par une violente contraction du crémaster; Duplay pense que cette *orchi-épididymite* prétendue *par effort* est le plus souvent liée à une *urétrite* profonde, à un état subinflammatoire du col vésical et de la prostate et que l'effort ne joue qu'un rôle accessoire.

Parmi les causes *uréthrales* de l'*orchite*, la blennorrhagie est celle qui retentit le plus souvent sur le testicule (une fois sur huit ou neuf blennorrhagies, d'après Fournier); le passage de sondes, de bougies, de lithotriteurs, les inflammations chroniques de l'urèthre, de la prostate, du col de la vessie, la présence d'un calcul vésical, sont également une cause fréquente d'*orchite*. *Dans tous ces cas il s'agit surtout d'une épididymite.*

On admet généralement aujourd'hui que l'inflammation se propage jusqu'à l'épididyme depuis la portion prostatique de l'urèthre par le canal déférent.

L'*orchite* par masturbation appartient peut-être à la fois aux inflammations d'origine traumatique et d'origine uréthrale.

Les *orchites*, de cause générale, consécutives aux infections générales, sont surtout fréquentes dans les oreillons (*orchite ourlienne*), plus rares après la fièvre typhoïde, la variole, l'ostéomyélite aiguë, la pyohémie, la scarlatine, le rhumatisme, la goutte.

Enfin, sans cause appréciable, une *orchite de la puberté* peut se développer chez certains adolescents, et chez certains individus ayant fait dans les colonies un séjour prolongé (*Orchite de la Guyane*, Prado, Thèse de Paris, 1880).

**Anatomie pathologique.** — Les altérations de l'*orchite* aiguë peuvent porter à la fois sur le testicule, l'épididyme et la tunique vaginale. L'épididymite s'accompagne presque toujours de l'inflammation de la tunique vaginale; cette inflammation est exceptionnelle après l'*orchite* vraie (Schwartz et Terrillon).

Dans l'épididymite blennorrhagique ou non, le canal déférent est augmenté de volume ainsi que le tissu cellulaire qui l'entoure et forme une masse indurée.

L'épididyme, et spécialement sa partie inférieure, paraît avoir doublé ou triplé de volume; le tissu cellulaire sous-épididymaire s'infiltre et l'ensemble de la masse indurée semble coiffer le testicule comme un casque. La queue de l'épididyme est en général occupée par une induration du volume d'une noisette occupant la cavité et la paroi même du canal qu'elle contribue à oblitérer.

Le testicule est surtout congestionné; à la coupe son parenchyme est d'un rouge plus foncé qu'à l'état normal. Dans quelques cas rares, on trouve de la suppuration disséminée par places ou collectée en un foyer.

L'affection se termine en général par résolution, en laissant souvent une induration persistante de la queue de l'épididyme et une oblitération des voies spermatiques à ce niveau (Gosselin). Le sperme s'accumule en arrière de l'obstacle dans l'épididyme dilaté et les spermatozoïdes ne se retrouvent plus dans le canal déférent.

Le testicule reste sain et peut reprendre ses fonctions (Brissaud).

Cette oblitération peut n'être que temporaire et disparaître au bout de 6 à 8 mois; elle est souvent définitive.

L'orchite traumatique est surtout remarquable par la production entre les tubes séminifères d'un tissu conjonctif nouveau, capable de les enserrer dans une gangue scléreuse et rétractile, pouvant amener l'atrophie de l'organe (Monod et Terrillon).

Dans les maladies générales, les altérations, encore assez mal connues, semblent porter principalement sur le testicule, dont elles déterminent quelquefois l'atrophie (*orchite ourlienne*).

**Symptômes.** — A la suite d'une plaie du testicule, l'orchite peut ne se révéler que par des phénomènes de suppuration localisés au point blessé. Si les tubes séminifères sont expulsés, ils constituent une masse désignée sous le nom de *fungus traumatique*.

Après la contusion, les phénomènes sont plus accentués: le testicule et l'épididyme, masqués souvent par les lésions des bourses, sont perdus dans un gonflement en masse où l'on distingue des inégalités de surface et de consistance.

Dans ces divers cas, l'atrophie consécutive de l'organe est presque la règle; le testicule se présente sous la forme d'une petite masse dure ayant la consistance et l'aspect du tissu fibreux.

L'orchi-épididymite de cause uréthrale est quelquefois précédée d'une sensation de tiraillement et de douleur dans l'aîne, puis elle débute par une douleur quelquefois très vive dans l'épididyme, irradiée aux lombes, à l'aîne, à la cuisse, exaspérée par les mouvements et le moindre contact.

Les bourses augmentent de volume, sont rosées ou rouges et œdématisées; à la palpation, on reconnaît l'augmentation de volume de l'épididyme et quelquefois du canal déférent qui est transformé en une corde dure, rigide, douloureuse.

La vaginale renferme une certaine quantité d'épanchement que l'on peut apprécier en le refoulant par la pression exercée avec un doigt au devant du testicule et quelquefois par la fluctuation.

De la fièvre, du malaise, accompagnent souvent l'orchi-épididymite blennorrhagique.

Cette forme se termine, en général, par résolution en douze à quinze jours; l'épididymite qui succède à des lésions chroniques de l'urèthre ou du col de la vessie s'établit lentement et procède souvent par poussées inflammatoires successives. Le testicule peut alors

être pris à son tour et de la suppuration peut se développer dans le testicule et dans la tunique vaginale ou dans celle-ci seulement. L'orchite aiguë est, en général, *unilatérale*; quelquefois les deux testicules, ou mieux, les deux épididymes, sont envahis successivement (*orchite à bascule*).

L'orchite *ourlienne* (26 fois sur 100 cas d'oreillons) débute en général entre le troisième et le septième jour de la maladie, soit d'une manière insidieuse, soit après une fièvre intense de 40 à 41 degrés. Elle se termine souvent par atrophie; cette complication, redoutable quand l'orchite est bilatérale, s'observerait environ 64 fois sur 100 cas (Bich, Thèse de Paris, 1883).

L'orchite *variolique*, le plus souvent bilatérale, est tantôt une épididymite, tantôt une vaginalite, tantôt une orchite parenchymateuse.

L'orchite *typhoïde* survient à la période de déclin ou dans la convalescence de la maladie; elle se termine en général par résolution, quelquefois par suppuration ou atrophie.

**Diagnostic.** — Les circonstances dans lesquelles se développe l'affection ne permettent guère de méconnaître l'épididymite blennorrhagique ou l'épididymite consécutive au passage d'instruments dans le canal. Le gonflement de l'épididyme et quelquefois du canal déférent est tout à fait caractéristique; il est situé à la partie antérieure dans le cas d'inversion du testicule.

L'orchite aiguë parenchymateuse est caractérisée par la violence excessive des douleurs et le moindre volume de la tumeur, derrière laquelle on ne sent point la masse épididymaire indurée.

L'orchite d'un testicule *ectopie*, arrêté à l'anneau ou dans le trajet inguinal, peut se traduire par des phénomènes d'étranglement et même de péritonite dont la cause sera reconnue à la coïncidence d'une blennorrhagie et à l'absence du testicule dans un des côtés du scrotum. Enfin et exceptionnellement, l'épididyme descendu *seul* dans les bourses peut s'enflammer pendant que le testicule est resté retenu à l'anneau.

**Pronostic.** — L'épididymite blennorrhagique n'a pas d'autre gravité que la possibilité de l'oblitération momentanée ou définitive des voies spermatiques et la production, dans certains cas, de *névralgies réflexes* (Mauriac) rebelles, étendues au testicule, à l'aîne, à la cuisse, suivant le trajet des branches abdomino-génitales et génito-crurales.

Les orchites traumatiques et celles des maladies générales peuvent entraîner l'atrophie de l'organe.

**Traitement.** — Bien des traitements ont été préconisés contre l'orché-épididymite; aucun d'eux ne paraît sensiblement diminuer la durée de l'affection, qui est toujours de quinze à vingt jours en moyenne.

Le repos au lit, les bourses bien soutenues et immobilisées, est le moyen par excellence. Dans l'épididymite hémorrhagique, des cataplasmes recouverts de pommades belladonnées, des grands bains tous les jours ou tous les deux jours, des purgatifs salins répétés seront prescrits avec avantage. La distension extrême de la tunique vaginale peut être combattue par la ponction (Velpeau), faite à la lancette ou mieux avec une des fines aiguilles aspiratrices.

Contre les douleurs excessives de l'orchite parenchymateuse, on a préconisé les applications de glace dans une vessie (Diday) et le débridement de la tunique albuginée dans l'étendue d'un centimètre à un centimètre et demi, avec une lancette ou un bistouri étroit (Vidal de Cassis). Ce moyen nous semble peu recommandable.

Contre l'atrophie consécutive aux diverses variétés d'orchite, on a proposé l'emploi de courants continus avec application d'un rhéophore sur le scrotum au niveau du testicule et l'autre sur le cordon (Bich, Thèse de Paris, 1885).

#### b. ORCHITE CHRONIQUE.

Il est nécessaire d'étudier séparément l'*épididymite chronique* et l'*orchite chronique*.

a. *Épididymite chronique.* — L'épididymite chronique succède le plus souvent à l'état aigu; elle peut s'établir d'emblée et reconnaître les mêmes causes que l'orché-épididymite aiguë et succède surtout aux inflammations chroniques de l'urèthre, de la prostate et du col de la vessie.

Elle est caractérisée par une augmentation de volume et une dureté particulière de l'épididyme en même temps que par une oblitération fréquente du canal. Celle-ci porte le plus souvent sur la queue de l'épididyme, où se trouve un noyau dur, fibreux.

Il y a épaissement des parois du canal et condensation du tissu

conjonctif qui relie les circonvolutions de l'épididyme (*péri-épididymite*).

Ces lésions seraient fréquemment la cause d'une hydrocèle (Panas); après l'évacuation du liquide, on constate une induration tantôt douloureuse à la pression, tantôt indolente, siégeant presque toujours à la queue de l'épididyme (Panas).

**Symptômes et diagnostic.** — Après la période aiguë et la chute des phénomènes inflammatoires, l'épididyme reste volumineux, d'ordinaire indolent; à la palpation, on sent une induration siégeant à la queue de l'épididyme ou dans toute sa longueur, mais « on peut suivre nettement les contours de l'anse formée par la réflexion de la queue de l'épididyme; on sent avec la plus grande facilité la dépression que cette anse circonscrit ». (Reclus, Thèse de Paris, 1876.)

Cette tuméfaction ne présente pas de bosselures comme celles qui sont produites par le développement des tubercules.

Il n'y a, en général, qu'une faible sensibilité, réveillée par la marche ou la station debout.

L'épididymite chronique d'emblée s'établit insidieusement et n'est découverte qu'à l'occasion d'une poussée aiguë dont elle devient le siège ou d'une hydrocèle dont elle peut être la cause.

Le diagnostic se fait par l'examen local; il est quelquefois difficile de décider s'il ne s'agit pas d'un dépôt tuberculeux. La possibilité de sentir les détails de l'épididyme induré serait un bon signe en faveur de la nature non tuberculeuse de l'épididymite.

Le *traitement* consiste en l'application de pommades résolutes et de courants continus recommandés par Terrillon.

b. *Orchite chronique.* — Gosselin a démontré, contrairement à Curling, que cette affection est très rare et que l'auteur anglais a décrit sous ce nom des orchites tuberculeuses et syphilitiques.

Reclus propose d'appliquer surtout le nom d'orchite chronique aux transformations fibreuses, scléreuses de la glande, consécutives aux états aigus et aboutissant non à une augmentation de volume, mais à une atrophie de l'organe. Pour cet auteur, l'orchite chronique serait la *sclérose* du testicule. Elle est caractérisée par la diminution progressive de la glande. Elle succède à l'orchite traumatique et souvent à l'orchite des oreillons; quelquefois elle survient par suite d'écoulements uréthraux prolongés ou chez des individus atteints de varicocèle.

L'atrophie des orchites chroniques s'accompagne souvent d'un état particulier de la substance glandulaire du testicule décrit par Gosselin sous le nom d'*anémie testiculaire*. Cet état, qui peut également exister dans un testicule de volume normal, est caractérisé par la pâleur de la substance glandulaire et par l'absence de spermatozoïdes dans le testicule et les voies spermatiques du côté correspondant.

On l'observe à la suite des longues maladies et surtout dans les vaginalites chroniques avec production abondante de fausses membranes.

## TESTICULE SYPHILITIQUE.

On décrit sous ce nom les lésions de la syphilis sur le testicule et l'épididyme; l'affection est aussi désignée sous le nom d'*orchite syphilitique*, de *sarcocèle syphilitique*.

Elle a été décrite d'une manière spéciale par A. Cooper au commencement du siècle, puis par Ricord et Velpeau, et tout dernièrement dans un remarquable travail de Reclus (1882) et la thèse de Minière (1885), inspirée par Reclus. Rohmer a résumé les connaissances actuelles dans sa thèse de concours (Agrégation, 1885).

**Anatomie pathologique.** — L'épididyme est rarement atteint; il peut être enfermé dans une coque de masses fibreuses de nouvelle formation occupant parfois sa tête, plus rarement sa queue. Il est anémié et blanchâtre, mais reste perméable (Reclus).

Les lésions frappant le testicule sont beaucoup plus caractéristiques; elles portent sur l'*albuginée* et sur la *substance glandulaire*.

En général, l'affection envahit les deux testicules successivement à quelques semaines ou à quelques mois d'intervalle.

L'*albuginite syphilitique* a été surtout étudiée par Ricord, qui en faisait la lésion spécifique de la syphilis testiculaire. L'enveloppe fibreuse, épaissie, est chagrinée à sa surface, parsemée d'une série de nodules et de dépressions et quelquefois de petites tumeurs saillantes à l'extérieur et à l'intérieur.

Les lésions du testicule se présentent sous deux formes, l'*orchite syphilitique* et la *gomme* du testicule (Virchow, Malassez, Reclus). L'*orchite syphilitique*, ou *orchite interstitielle, scléreuse, syphilome diffus*, est caractérisée par une augmentation de volume du testicule,

qui est lourd et dont le parenchyme plus consistant présente une coloration rosée et une apparence charnue.

Les altérations sont surtout marquées dans le corps d'Highmore et dans les travées fibreuses qui en partent. Elles sont dues à une prolifération cellulaire active du tissu interstitiel situé autour des tubes séminifères et du tissu conjonctif qui entoure les vaisseaux. Le calibre de ces derniers se trouve notablement rétréci.

Les canalicules séminifères s'altèrent et présentent un épaississement marqué de leurs deux tuniques; l'épithélium normal est remplacé par de grosses cellules, polymorphes, chargées de granulations graisseuses; plus tard il peut disparaître complètement et le conduit séminifère se transforme en un cordon fibreux. L'exsudat plastique, ainsi disséminé dans l'albuginée, dans les travées fibreuses, autour des vaisseaux sanguins et des conduits séminifères, augmente d'abord le volume de la glande; plus tard, il s'organise, se rétracte et étouffe tous les éléments autour desquels il s'est déposé. Il en résulte une véritable sclérose ou cirrhose, avec diminution de volume et atrophie de l'organe.

Dans un autre processus, ces productions nouvelles, comprimant les vaisseaux et ne recevant pas elles-mêmes de matériaux nutritifs suffisants, subissent une véritable *nécrose*. Il en résulte la formation de *masses caséuses* qui peuvent se résorber, mais qui le plus souvent provoquent autour d'elles une inflammation plus ou moins vive suivie de ramollissement et de suppuration. Les masses caséuses sont éliminées avec le pus sous forme d'un bourbillon, à travers une ulcération de l'albuginée et du scrotum adhérents ensemble. Cette ulcération profonde, *véritable caverne*, peut se cicatriser ou bien elle reste béante et devient le siège d'une végétation de bourgeons qui viennent faire issue à l'extérieur sous forme d'un champignon. C'est le *fungus profond* ou *parenchymateux* (Reclus).

Les *gommés* du testicule peuvent coïncider avec les lésions de l'orchite interstitielle ou scléreuse. Elles augmentent le volume de l'organe, qui peut devenir gros comme un œuf de poule. Tantôt elles en occupent la totalité; le plus souvent, elles sont isolées et se voient au nombre de dix à douze sous forme d'îlots, fermes, de couleur jaune tendre, séparés les uns des autres par des tissus sclérosés (*testicule scléro-gommeux*, Reclus).

Le centre se ramollit et forme une masse caséuse qui se laisse