

le cancer ; il importe donc de préciser les caractères différentiels de ces affections : le cancer est souvent le siège de douleurs lancinantes ; le fungus bénin est indolent par lui-même, et c'est par la compression seule de la tumeur qu'on développe une douleur *accablante*. Le cancer fournit une sanie d'odeur repoussante et s'accompagne d'hémorragies ; rien de semblable dans le fungus bénin. Le cancer présente des excroissances molles, friables ; le fungus est dur, résistant. Le cancer se complique bientôt d'un engorgement des ganglions lymphatiques de l'abdomen ; dans le fungus, il n'y a que les ganglions de l'aîne qui s'indurent. Le cancer s'accompagne d'une perversion prompte de la santé générale ; celle-ci demeure intacte dans le fungus bénin.

Pronostic. Traitement. Le fungus bénin n'est grave qu'à titre d'affection locale et parce que les fonctions du testicule peuvent être compromises.

Lorsque la maladie est récente, accompagnée de douleurs, Curling administre les pilules bleues, applique à la surface de la tumeur un plumasseau de charpie imbibé d'une solution de nitrate d'argent, puis comprime la production morbide avec des bandelettes de sparadrap de diachylon gommé. Le fungus est-il volumineux, les moyens précédents ne suffisent pas ; on peut alors employer le procédé suivant rapporté à Syme : une incision circulaire est pratiquée tout autour de la tumeur et prolongée vers la partie supérieure et inférieure de la masse morbide, de façon à donner à l'incision une forme elliptique. Les téguments sont ensuite disséqués, de chaque côté, dans une étendue suffisante, pour qu'on puisse les ramener sur le fungus et en réunir les lèvres par quelques points de suture. Cette méthode est préférable à celle qui consiste à pratiquer la *ligature* de la tumeur, à l'*excision* du fungus, et à plus forte raison à la *castration*, ressource ultime à laquelle il ne faut recourir que lorsque le testicule est complètement désorganisé.

ARTICLE VI.

Tubercules du testicule.

On les désigne sous les noms de *sarcocèle tuberculeux*, d'*engorgement scrofuleux* du testicule, d'*orchite chronique tuberculeuse*.

Causes. On ne les connaît pas plus que celles des tubercules des autres organes. La question la plus importante à examiner est celle qui est relative à la nature de l'affection. Se rattache-t-elle toujours à une diathèse, ou bien, comme le professait Velpeau, est-elle la conséquence d'un travail sub-inflammatoire du testicule et dès lors entièrement indépendante de tubercules pulmonaires ? Vidal a avancé que le sarcocèle tuberculeux unilatéral est toujours symptomatique d'une affection diathésique ; que le sarcocèle tuberculeux-bilatéral est toujours au contraire une affection locale. Cette assertion est loin d'être démontrée.

Anatomie pathologique. Les tubercules se rencontrent beaucoup plus fréquemment dans l'épididyme que dans le corps du testicule. Ils s'étendent parfois le long du canal déférent, dans les vésicules séminales et

jusque dans la portion prostatique de l'urètre. D'après les recherches de Curling, ils se développent primitivement dans l'intérieur des vaisseaux séminifères. La tunique fibreuse de ces vaisseaux s'épaissit et est parsemée de granulations ; dans l'intérieur du tube spermatique se dépose une matière scrofuleuse ou tuberculeuse analogue à celle des autres organes. Plus tard, lorsque le tubercule se transforme, on rencontre de la matière calcaire dans les tubes séminifères.

Symptômes. Il y a dans l'évolution ou la marche du sarcocèle tuberculeux trois périodes successives : la période indolente, la période aiguë et la période d'ulcération.

A. PÉRIODE INDOLENTE. Les malades ressentent une douleur vague dans les bourses et s'aperçoivent quelquefois eux-mêmes d'un changement dans le volume et la conformation du testicule. En examinant cet organe, on trouve le plus souvent une ou plusieurs bosselures très-consistantes de l'épididyme, bien limitées et tout à fait indolentes à la pression. Quelquefois, lorsque les tubercules occupent le corps du testicule, on sent que cet organe a perdu sa souplesse et sa spongiosité normales, qu'il est criblé de corps concrets disséminés et de volume variable. Parfois enfin le canal déférent présente lui-même une augmentation de volume et de dureté, et le toucher rectal permet de reconnaître la propagation de la maladie jusqu'aux vésicules séminales.

B. PÉRIODE AIGUE OU DE RAMOLLISSEMENT. Après un certain temps, les tubercules subissent un travail de ramollissement qui a pour effet de susciter dans le tissu voisin une phlegmasie. Alors se manifestent tous les symptômes d'une orchite subaiguë ou aiguë ; seulement cette orchite ne se termine pas par résolution comme l'orchite franche. Au bout de quelques jours, la peau des bourses contracte des adhérences intimes avec les bosselures ramollies de l'épididyme ou du testicule ; les collections purulentes qui se sont formées s'ouvrent à l'extérieur et ne tardent pas à dégénérer en *fistules*, ce qui conduit à la période d'ulcération de la maladie.

C. PÉRIODE D'ULCÉRATION. Le scrotum présente un ou plusieurs ulcères fistuleux ; la peau voisine de ces fistules est souvent décollée, amincie ; le volume de la tumeur formée par le testicule a diminué et on constate avec les doigts la persistance d'un pédicule ou d'une corde qui s'étend depuis l'ouverture cutanée jusqu'au foyer tuberculeux de l'épididyme ou du testicule. L'ulcère ou les ulcères fistuleux persistent de la sorte jusqu'à ce que la matière tuberculeuse ait été complètement éliminée. Les parois du foyer se rapprochent alors, les ulcères se cicatrisent, et à leur place il ne reste qu'une dépression qui fixe la peau des bourses à la portion correspondante du testicule ou de l'épididyme.

Marche. Terminaisons. Il y a des sujets chez lesquels les tubercules restent à l'état de crudité pendant des années. Plus ils se développent à une époque éloignée de la puberté, plus leur tendance à rester stationnaires est prononcée. Chez les sujets jeunes, lorsqu'il se manifeste une orchite blennorrhagique, la phlegmasie donne souvent lieu à un ramollissement des tubercules qui étaient restés indolents depuis longtemps. Aussi, toutes

les fois que ces sortes d'orchites se terminent par suppuration, doit-on fortement soupçonner l'existence de tubercules.

Diagnostic. A la période de crudité, les tubercules de l'épididyme peuvent être confondus avec les kystes de l'organe. Mais les tubercules offrent plus de dureté, ne sont pas élastiques, ni à plus forte raison le siège d'une rénitence ni d'une fluctuation. On peut également prendre pour des tubercules crus les indurations de l'épididyme qui résultent d'une phlegmasie de l'organe; mais ces indurations forment des masses moins bien limitées et moins résistantes que les tubercules; d'ailleurs elles ne coïncident pas avec des duretés du canal déférent. Pendant la période aiguë, on peut croire à l'existence d'une orchite simple; la palpation du testicule, et surtout de l'épididyme, la marche de la maladie, feront éviter toute erreur. Enfin, pendant la période de l'ulcération, on voit quelquefois à la surface du scrotum un ulcère large dont la surface déborde le niveau des téguments et qui pourrait en imposer pour une maladie plus grave; dans ce cas, les renseignements fournis par le malade sur la marche de l'affection, l'examen attentif du testicule mettront sur la voie du diagnostic.

Pronostic. Traitement. Le sarcocèle tuberculeux est une affection grave parce qu'il compromet tôt ou tard les fonctions du testicule, qu'il peut donner lieu à une suppuration abondante, et enfin parce que chez beaucoup de sujets il est l'indice d'une mauvaise constitution ou même d'une tuberculisation pulmonaire. Cette dernière considération fera comprendre la nécessité de soumettre le malade à un traitement général en même temps qu'à un traitement local. Les préparations d'iode à l'intérieur, un régime substantiel, l'habitation dans un lieu convenablement aéré; l'usage de bains sulfureux ou de bains de mer, pourront, dans quelques cas, modifier la constitution d'une manière assez heureuse. Des onctions avec des pommades fondantes seront faites sur les bourses. Pendant la période inflammatoire, on aura recours aux résolutifs et aux émollients. Les abcès seront ouverts de bonne heure pour éviter un décollement et un amincissement de la peau des bourses. Lorsque l'affection tuberculeuse est arrivée à la dernière période, que le scrotum est criblé de fistules ou d'ulcères fistuleux qui fournissent une abondante suppuration, il faut chercher à diminuer celle-ci en agissant directement sur les trajets fistuleux: des injections vineuses, alcooliques ou iodées suffiront quelquefois pour les cicatrifier; si la peau est décollée et amincie, on pratique des contre-ouvertures, des débridements ou même l'excision d'une partie des téguments du scrotum.

La *castration*, ressource extrême, ne doit être exécutée que si le testicule est complètement désorganisé et le scrotum tellement altéré, qu'il n'y ait pas de chance pour le malade d'obtenir une cicatrisation d'une autre manière. Dans quelques cas, le scrotum présente non-seulement un ou plusieurs ulcères fistuleux, mais encore une tumeur qui ressemble au *fungus bénin*, et qui est formée par une exubérance des bourgeons charnus. La compression, les astringents, les escarrotiques, la ligature et l'excision de la tumeur sont tout à fait insuffisants; Malgaigne a conseillé, en pa-

reille circonstance, d'enlever à la fois les téguments et les tissus malades, en pénétrant, s'il le faut, jusqu'au tissu testiculaire lui-même. Cette ablation faite, on peut tenter une réunion par première intention des téguments restés sains.

ARTICLE VII.

Du sarcocèle syphilitique.

Cette affection est également désignée sous les noms de *testicule vénérien*, d'*albuginite*, d'*orchite syphilitique*. Elle a été signalée par Bell et Astruc; décrite par A. Cooper, Dupuytren; mieux étudiée par Ricord.

Causes. Ainsi que l'indique le nom de *sarcocèle syphilitique*, cette affection reconnaît toujours pour point de départ la vérole. Ricord la rattache à la période des accidents tertiaires ou tardifs; elle apparaît quelquefois à la fin de la période des accidents secondaires. Elle peut aussi être *héréditaire*. Elle envahit souvent les deux testicules successivement ou à la fois.

Symptômes. Le début de la maladie est quelquefois annoncé par des douleurs gravatives et principalement nocturnes le long de la région lombaire. Bientôt le testicule devient pesant, les malades y ressentent une sensation de gêne et accusent un affaiblissement des fonctions génitales; les érections sont moins fréquentes; la propension aux rapprochements sexuels moins marquée. En palpant le testicule, on découvre sur plusieurs points du corps de l'organe des zones fibreuses et des noyaux plus ou moins durs, desquels partent des rayons fibreux qui se perdent dans l'épaisseur du corps du testicule. On sent quelquefois de petits grains très-durs et confluents qui sont situés au-dessous de la tunique albuginée. Plus tard, l'organe augmente de volume et se présente sous la forme d'une tumeur pyriforme, indolente, dure, résistante, homogène, comme plombée; il devient impossible de distinguer l'épididyme du corps du testicule, mais le canal déférent ne présente aucune altération. Le scrotum conserve ses caractères normaux; la tunique vaginale devient quelquefois le siège d'une sécrétion de liquide. Les facultés génitales sont de plus en plus affaiblies, et l'examen du sperme y démontre l'absence de spermatozoïdes.

Marche. Terminaisons. Lorsque le sarcocèle syphilitique est abandonné à lui-même, il tend incessamment à faire des progrès. La substance fibro-plastique envahit graduellement les différentes portions du corps du testicule et la substance séminifère comprimée finit par disparaître complètement; le testicule lui-même s'atrophie et perd à tout jamais ses fonctions. Mais lorsque l'art intervient, cette sécrétion plastique se trouve arrêtée dans sa marche et l'organe prolifique récupère sa structure normale. Le sarcocèle syphilitique ne se termine jamais par suppuration.

Pronostic. Traitement. Le sarcocèle syphilitique abandonné à lui-même compromet les fonctions du testicule et conduit à l'impuissance; c'est donc une maladie grave à titre de lésion locale; ajoutons que la cause à laquelle se rattache l'affection expose le sujet à d'autres manifestations morbides.