

Le *traitement* est celui des névroses. On a eu recours à une foule de moyens; l'hydrothérapie, l'exercice, le changement d'air, sont d'un grand secours. La *noix vomique* et la *belladone* ont procuré de nombreuses guérisons.

1° *Traitement par la noix vomique.* — Tous les matins, faire prendre au malade une des pilules suivantes :

℞ Oxyde de fer noir. 4 grammes.
Extrait de noix vomique. 0,40 centigr.

M. pour 24 pilules. (Mondière.)

On continue ce traitement pendant un à deux mois. Si l'amélioration ne se montre pas, on peut prescrire 0,60 cent. d'extrait pour le même nombre de pilules.

2° *Traitement par la belladone.* (Trousseau.)

℞ Extrait alcoolique de belladone. . . 1 gramme.
Excipient et poudre inerte. Q. S.

F. 100 pilules d'un centigramme.

Si l'enfant ne peut prendre de pilules, on peut dissoudre l'extrait dans un peu d'eau, et le mélanger à du sirop simple, de manière à ce qu'une cuillerée à café de sirop renferme un centigramme d'extrait.

On fait prendre une pilule par jour pendant la première semaine, puis deux par jour la semaine suivante, etc., en augmentant d'une pilule par semaine. Généralement, au bout de ce temps, il y a une amélioration; l'enfant ne mouille plus son lit; puis il y a récurrence. Alors, on augmente de nouveau la dose d'un centigramme. On peut aller ainsi jusqu'à 15 et 16 centigr., s'il n'y a pas d'accidents. Il faudrait se garder d'interrompre le traitement pendant plusieurs semaines, et même pendant plusieurs jours, et de prescrire ensuite une forte dose. Dans ces cas, on recommence le traitement.

Si le malade guérit, il ne faut pas cesser brusquement l'usage de la belladone; on diminue insensiblement d'une pilule tous les deux ou trois jours. Ce traitement, souvent efficace, peut durer huit mois.

HUITIÈME PARTIE

MALADIES CHIRURGICALES DE L'APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME.

Nous étudierons dans autant de chapitres : 1° les maladies du *testicule*; 2° celles du *scrotum*; 3° celles du *cordon spermatique*; 4° celles de la *prostate*; 5° celles du *pénis*, dans lesquelles nous ferons rentrer les *maladies de l'urèthre*. Nous terminerons cette étude par la description des *fistules urinaires* chez l'homme.

CHAPITRE PREMIER

MALADIES DU TESTICULE

Examen du malade. — Nous plaçons ces lignes en tête des maladies du testicule, car on ne saurait, sans s'exposer à des redites inutiles, indiquer pour chaque maladie en particulier la manière de procéder à l'examen des sujets. Ce que nous dirons ici peut s'appliquer à toutes les affections du testicule.

1° Constaté, *par le regard*, l'augmentation de volume du scrotum, d'un seul ou des deux côtés, sa forme, régulière ou bosselée, l'état de sa surface, tantôt rouge, lisse, tendue, fistuleuse, ulcérée, tantôt brunâtre et ridée comme à l'état normal; 2° *par la palpation*, apprécier la consistance du testicule, les inégalités de sa surface, indurations, bosselures, points ramollis, fluctuants; les altérations respectives de la glande et de l'épididyme; les adhérences de la tunique vaginale au testicule, ou sa distension par une certaine quantité de liquide; 3° *par la pression*, on fera naître, dans certains cas, de très-vives douleurs; 4° *explorer* avec soin l'urèthre, le cordon spermatique, les ganglions inguinaux, et, par le *toucher rectal*, la prostate et les vésicules séminales; 5° *tenir compte* des antécédents du malade, du mode de début et de la marche de la maladie, des symptômes généraux, examiner les principales fonctions, et pratiquer l'auscultation de la poitrine.

Le testicule peut présenter des vices de conformation, des lésions traumatiques, des lésions inflammatoires, et des lésions de nutrition.

a. Nous passerons rapidement sur les vices de conformation, qui intéressent plus l'anatomiste que le chirurgien. On peut constater l'augmentation de nombre des testicules; on en a vu trois, le troisième étant placé à l'anneau inguinal; on peut se demander si le cas est bien authentique.

Il est plus certain qu'on peut observer une *diminution de nombre*. Si un testicule manque, le sujet est dit *monorchide*; si les deux font défaut, il est *cryptorchide*, et non *anorchide*, parce que, dans presque tous les cas, il y a migration incomplète de l'organe, qui peut être arrêté dans la cavité abdominale ou dans le canal inguinal.

Cet arrêt de la glande séminale dans un des points du trajet qu'il parcourt du troisième mois de la vie intra-utérine à la naissance, constitue l'*ectopie testiculaire*. L'*ectopie abdominale* comprend trois variétés : la *sous-rénale*, l'*iliaque*, la *sus-inguinale*; l'*ectopie inguinale* en compte un égal nombre : l'*inguinale interne*, l'*inguinale externe*, l'*interstitielle*. Il existe aussi une *ectopie cruro-scrotale*. Il est très-rare que le testicule, dévié de sa voie normale, se fixe en un point plus ou moins éloigné de celle-ci; cela s'est vu cependant. On a observé, dans quelques cas, l'*ectopie crurale* et l'*ectopie périnéale*.

Ces anomalies reconnaissent pour cause des adhérences vicieuses entre le testicule et les parties qui l'environnent à une époque variable de sa migration.

On a constaté des *inversions* du testicule. Elles consistent dans le changement des rapports qu'affecte à l'état normal l'épididyme avec la glande. L'*inversion antérieure* est la plus fréquente; l'épididyme, dans ce cas, occupe le bord antérieur du testicule. On comprend l'importance de cette anomalie au point de vue de la situation de l'organe dans les cas d'hydrocèle; n'étant plus rattaché par sa partie postérieure et supérieure au cordon des vaisseaux spermatiques, il se dirigera, lors d'une accumulation de liquide dans la tunique vaginale, en avant et en bas. Il serait donc dangereux de faire la ponction en ce point, avant de s'être assuré exactement de la position du testicule.

On a signalé encore l'*inversion latérale et interne*, l'*inversion supérieure* et l'*inversion en anse*; elles sont toutes très-rares.

Enfin, le testicule peut être *atrophie*. L'*anémie testiculaire* est un état de flaccidité et de pâleur particulier au testicule.

b. Nous n'insisterons pas non plus sur les lésions traumatiques. Le testicule peut être affecté de contusion, de plaie et d'hématocèle testiculaire.

La *contusion* légère ne présente rien de particulier. La contusion intense est extrêmement douloureuse. Au moment où la violence extérieure est produite, on peut observer des vomissements, une syncope, des accidents nerveux. Quelquefois, une orchite traumatique en est la conséquence. Dans d'autres circonstances, il se fait un épanchement sanguin dans la glande, *hématocèle du testicule*.

Les *plaies* par instruments piquants guérissent spontanément; celles par instruments tranchants guérissent aussi; mais la perte du testicule consécutive à l'issue de la substance glandulaire peut en être le résultat.

ARTICLE PREMIER

LÉSIONS INFLAMMATOIRES DU TESTICULE

I. — ORCHITE.

Sous ce nom, on désigne l'inflammation du testicule, que la glande et l'épididyme soient pris ensemble ou isolément.

Nous décrirons spécialement l'orchite *blennorrhagique*, qui est de beaucoup la plus fréquente et qu'on peut prendre pour type de l'inflammation du testicule; nous dirons ensuite quelques mots de l'orchite non blennorrhagique et de l'orchite chronique.

Orchite blennorrhagique.

Causes. — L'orchite qui succède à la blennorrhagie apparaît rarement au début de cette affection; la plupart du temps, elle se montre lorsque l'écoulement dure déjà depuis deux ou trois semaines, quelquefois même après un temps beaucoup plus considérable. Tantôt elle survient sans cause déterminante appréciable; tantôt elle paraît provoquée par un excès de fatigue ou de boisson, la reprise prématurée des rapports sexuels, une contusion, des injections irritantes, etc.

Anatomie et physiologie pathologiques. — Comment le testicule est-il atteint consécutivement à l'inflammation de l'urèthre? Beaucoup d'opinions ont été émises à cet égard. On a invoqué la *sympathie*, la *métastase*, la *propagation de l'inflammation* par continuité le long des voies spermatiques (Velpeau). On a pensé aussi à une *angioloécite*; mais si l'on accepte cette dernière explication, il faut admettre que la phlegmasie s'est propagée dans les vaisseaux lymphatiques d'avant en arrière, car on sait que les lymphatiques des testicules vont se joindre à ceux de l'urèthre pour se jeter dans les ganglions inguinaux.

L'orchite blennorrhagique paraît plus fréquente à gauche qu'à droite. Elle est quelquefois double; mais, dans ce cas, les deux testicules ne sont pas pris en même temps.

Le testicule, l'épididyme et la tunique vaginale sont malades. Le *testicule* est injecté et augmenté de volume; l'*épididyme* est considérablement tuméfié; des produits plastiques en augmentent le volume; souvent il est seul affecté; c'est ce que quelques auteurs appellent *épididymite*. La tunique vaginale est ordinairement enflammée dans l'orchite blennorrhagique; elle est rouge et injectée; on trouve dans sa cavité une à deux cuillerées de liquide transparent contenant de la fibrine.

Symptômes. — Il y a quelquefois, pendant un certain nombre de jours avant l'apparition franche de la maladie, des *prodrômes*, qui consistent dans une légère *augmentation de volume* et dans la *pesanteur* du testicule. Mais il ne tarde pas à devenir le siège d'une *douleur vive*, douleur spontanée, mais qui s'exaspère par le moindre contact, par le toucher, par le frottement, à tel point que souvent le malade ne peut supporter le poids des cataplasmes. Cette douleur s'étend au cordon; elle se complique souvent d'une névralgie lombo-abdominale réflexe, occupant la région lombaire et inguinale du même côté, et extrêmement pénible.

Au bout de quatre ou cinq jours, on voit ordinairement la douleur diminuer d'intensité.

La région du testicule est *chaude* et un peu *rouge*.

Il existe une *tuméfaction* considérable, due à l'augmentation de volume de l'épididyme, à la congestion de la glande, ainsi qu'à l'épanchement dans la tunique vaginale. Le testicule peut acquérir le volume du poing; cependant il ne dépasse pas celui d'un œuf, dans le plus grand nombre des cas. En pressant du bout du doigt, on sent quelquefois la *présence du liquide* vaginal, que le doigt écarte avant d'arriver sur la glande.

Ordinairement, l'écoulement de l'urèthre cesse pendant la durée de l'orchite. Si l'inflammation est très-intense, il se développe des symptômes fébriles.

Marche. Durée. Terminaison. — L'augmentation de volume du testicule continue pendant cinq à six jours. Au bout de ce temps, les douleurs sont moins vives, et par le palper, on peut distinguer l'épididyme tuméfié de la glande elle-même. Si l'on pédiculise le testicule en pressant d'une seule main le reste de la masse scrotale, on constate facilement la présence du liquide qui distend la tunique vaginale, quelquefois assez abondant pour être vu par transparence.

Vers le huitième jour, la tuméfaction diminue, pour se terminer au bout de trois ou quatre semaines. Il reste pendant plusieurs mois, souvent pendant une année et plus, une induration plastique de la tête de l'épididyme.

Il est exceptionnel de voir l'orchite blennorrhagique se terminer par suppuration ou par gangrène; souvent elle passe d'un testicule à l'autre; elle peut même se reproduire plusieurs fois dans la même glande: c'est l'orchite dite à *répétition*.

Diagnostic. — Aucune maladie du testicule ne présente un début aussi brusque, une marche aussi rapide, et des symptômes locaux inflammatoires d'une telle intensité. La coexistence d'un écoulement uréthral mettra facilement sur la voie du diagnostic.

Pronostic. Traitement. — L'orchite blennorrhagique n'est pas grave. Toutefois, il est bon de savoir que l'infiltration plastique de l'épididyme efface le calibre du conduit qui le constitue, et empêche le passage du

sperme, de sorte qu'une orchite double pourrait frapper le sujet de stérilité. La perméabilité du canal de l'épididyme reparait au bout de quelques années, par résorption de la matière plastique.

On a cité des cas dans lesquels l'inflammation, suivant le trajet du cordon spermatique, avait causé une péritonite; cette terminaison est excessivement rare.

Le *traitement préventif* consiste à soutenir les bourses avec un suspensoir, et à éviter la fatigue, surtout vers la deuxième et la troisième semaine, car c'est à ce moment que l'orchite blennorrhagique se déclare.

Le *traitement curatif* se compose d'une foule de moyens. Disons d'abord que l'orchite guérit spontanément. Cependant, il est bon d'avoir recours à des moyens qui abrègent la durée de la maladie ou qui calment l'acuité des douleurs. Il ne faut rien attendre d'une *médication interne*. Les *vésicatoires* sont extrêmement douloureux et insupportables. On pratique quelquefois la *ponction de la tunique vaginale* avec la lancette, pour évacuer le liquide qui y est contenu. Cette ponction, si elle est souvent inutile, n'a du moins aucun inconvénient, et elle paraît quelquefois diminuer les douleurs en faisant cesser la distension de la tunique vaginale. Vidal et Velpeau ont souvent *débridé le testicule* lui-même en plongeant un bistouri dans la glande. Ces moyens sont bons pour calmer la douleur; mais on en possède d'aussi efficaces et moins douloureux. En fait de moyens peu douloureux, nous n'entendons pas parler ici de la *compression* faite, soit avec des bandelettes d'emplâtre de Vigo, soit par des couches superposées de collodion. Ce moyen est, au contraire, extrêmement pénible; peu de malades le supportent.

Voici le traitement qui réussit le mieux :

Décubitus dorsal; testicules relevés par un coussinet, ou reposant sur un plan résistant (une planchette, un morceau de carton), placé sur les cuisses et échancré au niveau du scrotum.

On rase la région du cordon du côté malade, et l'on fait une application de huit à douze sangsues, selon l'intensité de la douleur, sur le trajet du cordon, et non sur les bourses, parce que les sangsues pourraient ouvrir un vaisseau important.

Lorsque les sangsues sont tombées, on met le malade dans un bain chaud, où il reste pendant une heure. L'eau du bain est teinte en rouge par le sang qui s'échappe des morsures. On remet le malade au lit, on s'occupe d'arrêter le sang. Le plus souvent alors la douleur a disparu.

On applique sur le testicule enflammé des cataplasmes chauds et minces, pendant six à huit jours, en recommandant au malade de ne pas se lever.

On peut remplacer les cataplasmes par des compresses imbibées du liquide suivant, qu'on maintient en permanence, et qu'on renouvelle très-fréquemment, afin qu'elles ne s'échauffent pas :

℞ Eau simple.	500 grammes.
Laudanum de Sydenham.	10 gr.
Extrait de Saturne.	4 gr.

M.

Pendant le traitement, il est inutile de maintenir le malade à la diète. Il est rare qu'au bout de deux semaines, la guérison ne soit pas complète. Il ne faut pas marcher trop tôt, de crainte d'une récurrence.

Il est bien entendu qu'on ne s'occupe pas de l'écoulement pendant la durée de l'orchite. Du reste, cet écoulement se présente de nouveau après la guérison, pour réclamer son traitement.

Il arrive que des douleurs violentes, réflexes, se montrent après l'application des sangsues, soit spontanément, soit par quelque imprudence du malade; on pourra les calmer avec la pommade suivante, en frictions, matin et soir, sur les points douloureux :

℞ Onguent napolitain.	30 grammes.
Extrait de belladone.	4 gr.

M.

Ou bien avec le liniment suivant :

℞ Huile de camomille camphrée.	30 grammes.
Chloroforme.	4 gr.
Laudanum de Sydenham.	4 gr.

M.

Orchite non blennorrhagique.

L'orchite non blennorrhagique diffère peu de la précédente; elle offre, en général, les mêmes symptômes, la même marche, la même terminaison. Les causes seules sont variables. Tantôt elle succède à une lésion directe du testicule, contusion, plaie, ou à une affection des voies urinaires, cystite, prostatite, urétrite consécutive au cathétérisme, etc.; tantôt elle reconnaît une origine plus éloignée. C'est ainsi qu'elle survient quelquefois à la suite de la variole (orchite varioleuse), ou d'autres fièvres graves, comme la fièvre typhoïde; elle se montre souvent au déclin des oreillons; il est bien évident que, dans ce cas, la métastase est le seul mécanisme qu'on ait pu invoquer pour expliquer sa production. On a cité encore les excès de masturbation, la constipation longtemps prolongée, les maladies de l'extrémité inférieure du rectum, enfin, les efforts violents. On pense que, pendant un effort exagéré, le cordon peut être tirailé au niveau des anneaux par suite de la contraction brusque des muscles abdominaux, d'où inflammation du cordon et propagation consécutive au testicule.

Orchite chronique.

L'orchite chronique est une affection très-rare et très-peu connue. La plupart des auteurs ne l'ont décrite qu'en termes vagues; Curling,

entre autres, paraît la confondre souvent avec d'autres affections du testicule.

Elle succède à l'orchite aiguë; le testicule devient le siège d'une infiltration plastique; il se forme même dans son épaisseur des noyaux jaunâtres, caséux, sur la nature desquels Virchow s'est appuyé pour admettre l'existence anatomique de l'orchite chronique. Ils diffèrent, en effet, des masses jaunes gommeuses par l'absence de périorchite concomitante et des tractus fibreux qui entourent ces masses; ils ne sont jamais précédés de granulations grises, comme les foyers tuberculeux.

Le testicule, dans l'orchite chronique, est augmenté de volume, dur, bosselé, inégal; il gêne par sa masse et par son poids, mais il n'est pas douloureux. La maladie a une marche très-lente; arrivée à un certain degré, elle peut persister indéfiniment dans le même état. On a signalé une modification particulière du sperme, qui aurait la couleur et la consistance de la gelée de groseille.

On pourrait confondre cette affection avec les tubercules, le cancer, l'orchite syphilitique. Elle n'a pas réellement de caractères qui lui soient propres; le diagnostic ne pourra être établi que par exclusion.

On a conseillé comme traitement les émissions sanguines, les frictions avec l'onguent napolitain, l'application d'emplâtre de Vigo, etc.

II. — FONGUS DU TESTICULE.

On appelle *fongus* du testicule une tumeur prenant naissance sur le testicule, végétant à la manière des fongosités, et résultant d'un travail inflammatoire.

Causes. — Le fongus est consécutif à l'inflammation. Il se développe sur le testicule, dans le cours d'une orchite, après une contusion, après une plaie du testicule, autour de tubercules ramollis. Il peut se montrer toutes les fois que la tunique albuginée présente une solution de continuité, ulcéreuse ou non.

Le fongus est rare; ordinairement un seul testicule est affecté.

Anatomie pathologique. — Lorsque la production inflammatoire débute à la surface du testicule, on l'appelle *fongus superficiel*. Le *fongus parenchymateux* prend naissance dans l'épaisseur de la glande, d'où il sort en traversant la tunique albuginée.

La masse morbide est ferme et mamelonnée, tantôt rougeâtre, tantôt noirâtre, selon la quantité de sang que renferment les vaisseaux des fongosités. Cette masse se confond insensiblement avec un point de la tunique albuginée ou avec la substance même du testicule, selon qu'on a affaire à un fongus superficiel ou à un fongus parenchymateux. La substance du fongus est très-vasculaire; elle présente la structure des bourgeons charnus.

Le testicule est quelquefois complètement détruit par la tumeur. Lorsque celle-ci se développe et qu'elle est encore contenue dans les

bourses, elle détermine souvent la formation d'une *hydrocèle* symptomatique. Dans bien des cas, elle ulcère les *enveloppes* du testicule pour bourgeonner à l'extérieur.

Symptômes. Diagnostic. — Le début est lent. Il n'y a jamais de symptômes généraux, il n'y a que des symptômes locaux. Une *tumeur* peu douloureuse, sans symptômes inflammatoires, présentant une surface un peu bosselée, se forme sur le testicule. Elle augmente insensiblement; la peau rougit, s'amincit; il se fait une *ulcération*, à travers laquelle passe la substance du fungus. Les *mamelons fongueux* sortent par cette ouverture et bourgeonnent de manière à former une nouvelle tumeur, réunie à la masse fongueuse profonde par une partie étranglée au niveau de l'ulcération. Le fungus ne dépasse pas, ordinairement, le volume du poing. Il gêne par son volume et par son poids, mais il n'est pas le siège de douleurs spontanées. Lorsqu'on le presse, on y développe une *sensibilité* caractéristique, que Jarjavay comparait à celle qui se produit lorsqu'on comprime un testicule sain, mais qui ressemble bien mieux à la douleur d'une orchite légère. Il ne se fait pas d'hémorrhagie à la surface de l'ulcère.

Ces caractères sont très-accentués; aussi n'est-il pas facile de confondre le fungus avec les autres tumeurs du testicule. Nous reviendrons, du reste, sur ce diagnostic.

Pronostic. — L'affection n'est pas très-grave; elle est toute locale.

Traitement. — Une médication interne n'amène aucun résultat. La castration est inutile. Il suffit d'exciser la partie fongueuse, et de cautériser la plaie avec le fer rouge. La tumeur ne se reproduit pas.

ARTICLE SECOND

LÉSIONS DE NUTRITION DU TESTICULE

Sous ce nom, nous décrirons le *testicule syphilitique* et les diverses tumeurs du testicule : *kystes*, *tumeurs tuberculeuses*, *fibreuses*, *cartilagineuses*, *calcaires*, et *cancéreuses*.

I. — TESTICULE SYPHILITIQUE.

On appelle ainsi un accident tertiaire de la syphilis, caractérisé par une altération chronique spéciale de la glande testiculaire. Nous avons dit syphilis; or, ce mot exclut les lésions produites par la blennorrhagie.

Causes. — Cette maladie est assez fréquente. Elle survient sans cause connue, chez l'adulte principalement, à une époque souvent fort éloignée de celle où s'est montré le chancre.

Anatomie pathologique. — On distingue deux formes : une forme simple et une forme gommeuse (Virchow). Dans la première, on trouve dans l'épaisseur du parenchyme testiculaire des tractus fibreux, nés de la face profonde de l'albuginée, qui est elle-même augmentée de volume et de consistance (périorchite). Ces prolongements fibreux compriment les canaux séminifères; compression qui peut finir par les faire disparaître complètement; en se rétractant, ils donnent au testicule une apparence bosselée. La tunique vaginale est ordinairement le siège d'un épanchement de sérosité; ses deux feuillets peuvent adhérer en quelques points; on les a vus, plus rarement, unis sur toute leur étendue.

Les gommages se développent soit dans la tunique albuginée épaisse, soit dans les tractus fibreux qui sillonnent le corps du testicule. Elles sont formées par la prolifération et la dégénérescence granulo-graisseuse des corpuscules du tissu conjonctif. Elles offrent une couleur jaunâtre, qui, au début, peut les faire confondre avec les masses caséuses du tubercule. On n'a pas constaté l'ulcération et l'ouverture spontanée des tumeurs gommeuses testiculaires.

Symptômes. — La maladie existe d'abord d'un côté; mais le côté opposé ne tarde pas à se prendre. Au début, le testicule augmente de volume; il est indolore. Ce n'est que plus tard que, des douleurs peu intenses venant à se faire sentir, le malade demande l'avis du chirurgien. Voici ce que l'on constate alors :

Il n'y a pas de troubles fonctionnels; la douleur locale est tolérable.

D'un côté, et souvent des deux côtés, il existe une *hydrocèle* de petit volume, parfaitement transparente.

En déprimant le liquide, il est facile de constater la présence d'une *tumeur dure*, très-dure, présentant des *bosselures* au niveau de la tête de l'épididyme. Sur tout le reste de la glande, qui a augmenté de volume, on reconnaît une grande quantité de *saillies mamelonnées* grosses comme des lentilles, comme des grains de millet; ce sont ces productions plastiques que M. Ricord décrit sous le nom d'*albuginite*. La tumeur dépasse rarement le *volume* d'un œuf. Elle est peu douloureuse; elle a de particulier qu'elle ne présente pas, à la pression, la douleur caractéristique qu'on obtient lorsqu'on presse un testicule sain.

Au bout d'un certain temps, il n'est pas rare de voir le testicule diminuer de volume et s'atrophier.

Si l'on interroge le malade, si l'on examine son corps, on constate qu'il a eu la syphilis; on trouve la trace du chancre, et souvent des manifestations syphilitiques secondaires et tertiaires sur la peau et sur le squelette.

Le cordon testiculaire, les vésicules séminales, la prostate, ne présentent rien de particulier.

A mesure que l'affection fait des progrès, les fonctions génitales s'affaiblissent; et comme il est fréquent de voir les deux testicules atteints par l'affection syphilitique, il peut arriver que les malades deviennent complètement stériles.

Diagnostic — Nous traiterons plus loin du diagnostic de toutes les tumeurs du testicule entre elles. Nous nous bornerons à insister ici sur les principaux caractères du testicule syphilitique : induration, bosselures, indolence, marche très-lente, absence d'ulcération ou de suppuration, hydrocèle concomitante presque constante, antécédents syphilitiques du malade. On verra que les tubercules et le cancer, qu'on pourrait surtout confondre avec le testicule syphilitique, n'offrent aucun de ces symptômes, et qu'ils en présentent même de tout-à-fait opposés.

Pronostic. Traitement. — Cette maladie n'est pas grave, en ce sens qu'elle ne menace pas l'existence. Néanmoins, il est exceptionnel que l'organe recouvre ses fonctions.

On fait prendre tous les jours au malade de 25 centigrammes à 1 gramme d'iodure de potassium et un demi-grain de proto-iodure de mercure en pilule.

Après le traitement, il arrive souvent que le testicule est complètement atrophié; il est bon d'en prévenir le malade, qui mettrait sur le compte du traitement l'atrophie produite par les exsudations plastiques.

II. — KYSTES DU TESTICULE.

Pour bien comprendre la formation de certains kystes du testicule, il est bon de se rappeler qu'il existe à la partie supérieure et antérieure du testicule, près de la tête de l'épididyme, de petits appendices connus sous le nom d'*hydatide de Morgagni* et de *corps innominé de Giralès*.

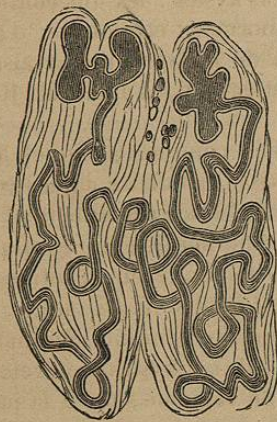


FIG. 45. — Corps innominé du testicule.

L'hydatide de Morgagni est une petite saillie de forme ovoïde, contenant un liquide séreux, transparent, et n'ayant aucune communication avec les canaux séminifères.

Le corps de Giralès occupe la partie interne de la tête de l'épididyme. Sa longueur ne dépasse pas quelques millimètres. On l'a comparé au reste de l'organe de Rosen-Müller chez la femme. Il paraît, en effet, composé de plusieurs tubes flexueux. C'est un des débris du corps de Wolf.

Il y a deux sortes de kystes du testicule : les uns se développent à la surface de la glande, au-dessous du feuillet viscéral de la tunique vaginale; les autres prennent naissance dans l'épaisseur de la glande. Les premiers forment une tumeur surajoutée au testicule et décrite sous le

nom d'*hydrocèle enkystée du testicule*; les autres dilatent la tunique albuginée : ce sont les *kystes du testicule*. On a vu, exceptionnellement, des *kystes hydatiques*.

1^o Hydrocèle enkystée du testicule.

Ces kystes sont souvent multiples; leur volume varie depuis celui d'un petit pois jusqu'à celui d'un œuf et même davantage. Ils sont de deux espèces :

a. Rarement ils se développent entre la tunique albuginée et le feuillet séreux de la tunique vaginale.

b. Le plus souvent, ces kystes se montrent au niveau de la tête de l'épididyme. Tantôt ils sont situés entre la tête de l'épididyme et le feuillet séreux de la tunique vaginale, tantôt à l'union de l'épididyme, du testicule et de la tunique vaginale, au voisinage des cônes efférents du testicule. Ils sont sessiles, quelquefois pédiculés.

Les kystes pédiculés dépassent rarement le volume d'un grain de groseille (Gosselin).

Les autres sont susceptibles d'acquérir un développement considérable. Généralement uniloculaires, quelquefois multiloculaires, ils refoulent, en se développant, l'épididyme qui est déjeté latéralement, tandis que le testicule occupe la partie antéro-inférieure de la tumeur.

La cavité de ces kystes peut contenir un liquide albumineux et des fausses membranes. Mais le plus souvent c'est un liquide opalin, dont la couleur a été attribuée exclusivement à la présence des spermatozoïdes. En réalité, il existe deux variétés de ces kystes : les uns contiennent des spermatozoïdes, tantôt inertes, tantôt normaux et mobiles; d'autres fois, la teinte opaline est due à la présence de fins granules graisseux et de nombreux noyaux sphériques très-petits, qui, d'après M. Robin, proviennent de l'épididyme.

L'origine de ces kystes n'est pas bien connue. Quelques auteurs ont pensé qu'ils se développent dans le tissu cellulaire intermédiaire aux tubes séminifères et à la tunique séreuse. D'autres admettent qu'ils ont pour origine la dilatation d'un tube séminifère, ce qui expliquerait naturellement la présence des spermatozoïdes. Pour d'autres enfin, et M. Gosselin est du nombre, les spermatozoïdes ne se mêlent au liquide du kyste qu'à la suite de la rupture d'un des conduits spermatiques.

On admet aussi qu'un certain nombre de ces kystes se développent aux dépens du petit appendice de la tunique vaginale situé à la partie antérieure et supérieure du testicule, et connu sous le nom d'hydatide de Morgagni; d'autres, enfin, aux dépens du corps innominé, débris du corps de Wolf, signalé par M. Giralès.

Symptômes. — L'hydrocèle enkystée débute par une petite tumeur dure, arrondie, située au niveau de la tête de l'épididyme, parfois à sa partie moyenne ou postérieure, et survenant quelquefois à la suite