

II

LOCALISATIONS INITIALES ET EXTENSION
DE LA TUBERCULOSE GÉNITALE CHEZ L'HOMME

- I. *La tuberculose testiculaire est une tuberculose épididymaire* : localisations initiales dans le déférent, à la queue de l'épididyme. Préexistence des lésions prostatovésiculaires.
- II. *La tuberculose testiculaire n'est que la manifestation extérieure de la tuberculose génitale*. Pour être complète, l'opération doit s'adresser aux lésions superficielles et profondes. Observation d'une spermato-cystectomie double. Valeur comparative de la ligature du cordon, de la castration, de l'épididymectomie. Avantages de cette dernière.
- III. *Indications de l'épididymectomie dans la tuberculose épididymaire*.

MESSIEURS,

Après une castration faite à droite l'an dernier pour tuberculose, un malade présente aujourd'hui à gauche une récurrence manifeste. De ce côté, l'épididyme est gros, bosselé, induré ; le déférent est également pris, et une nouvelle intervention est devenue nécessaire.

C'est ce malade que j'opérais hier ; j'ai enlevé l'épididyme, supprimé la plus grande partie du canal déférent, mais laissé le testicule intact. Mon opération n'est que partielle, mais je la crois suffisante, et à beaucoup de points de vue supérieure à la castration.

Il y a longtemps que j'ai renoncé à la castration primitive dans le traitement des tuberculoses testiculaires. Je la subis quelquefois, mais je l'évite le plus possible. Et quand j'ai le choix, je préfère toujours l'opération partielle réglée et méthodique qu'est l'épididymectomie.

Pourquoi ? C'est ce que je me propose de vous dire ce matin en étudiant devant vous les *localisations initiales et les extensions de la tuberculose génitale chez l'homme*.

I

Une notion capitale domine la thérapeutique chirurgicale de la tuberculose du testicule ; c'est celle-ci : *la tuberculose testiculaire est avant tout une tuberculose épididymaire*.

C'est sur l'épididyme que les lésions de la tuberculose épididymo-testiculaire se localisent tout d'abord ; et c'est par l'intermédiaire de l'épididyme qu'elles s'étendent au testicule. Ce point est essentiel. Avant d'aller plus loin, je dois l'étayer sur des documents précis.

Je n'utiliserai pour cette démonstration que des faits anatomiques et des faits cliniques.

Des faits anatomiques : j'en tends des relations d'autopsie ou des observations faites au cours d'opérations chirurgicales. Les documents nécropsiques n'ont pas certes toute la valeur désirable ; ils ont trait à des tuberculoses avancées, à des lésions ultimes, et il n'est plus possible d'y voir et d'y établir la participation initiale du testicule ou de l'épididyme. Contentons-nous des biopsies, des observations faites au cours des opérations ; nous voyons ceci : il n'y a pas de lésions testiculaires sans lésions épididymaires ; les lésions de l'épididyme sont toujours prédominantes ou principales. De plus, dans le testicule, la partie la première atteinte, c'est le corps d'Highmore, c'est-à-dire cette partie immédiatement afférente à l'épididyme, celle qui est le plus directement en continuité avec lui. Et de ce fait, la conclusion qui se dégage, c'est que l'épididyme a presque toujours été touché en premier lieu.

Les faits cliniques concordent d'ailleurs sur ce point, et ils sont assez nombreux et assez uniformes pour autoriser des conclusions fermes.

Ils nous montrent :

1° Que la tuberculose de l'épididyme débute toujours par la queue ; 2° Que la tuberculose du déférent accompagne souvent et préexiste quelquefois à la lésion épididymaire ; 3° Que la prostate et les vésicules séminales présentent à qui sait les rechercher des lésions évidentes et toujours préexistantes.

1° *La tuberculose épididymaire débute toujours par la queue*. Quand elle n'est que partielle, elle n'existe qu'au niveau de la partie caudale ; quand les lésions sont totales et étendues à tout l'épididyme, on les trouve toujours prédominantes en bas et en arrière.

C'est une règle absolue : j'invoque à l'appui des centaines d'observations prises au hasard des consultations sur des malades que je n'ai pas choisis, et je ne connais pas un seul fait qui vienne la contredire. Voyez par exemple ces trois malades qui depuis quelques semaines ont passé dans nos salles ; ils avaient une ou deux épididymites tuberculeuses : chez tous, les lésions prédominaient en arrière, j'ai

déjà eu l'occasion de vous le faire remarquer. Voyez encore le malade que j'opérais hier; chez lui l'épididyme était tout entier envahi, mais le volume de la queue est au moins deux fois plus accentué que celui de la tête. La lésion est plus ancienne, plus accusée, plus intense à ce niveau.

2° *La tuberculose du déférent accompagne souvent et précède toujours la tuberculose de l'épididyme.* Examinez le cordon de tous les malades affectés de tuberculose testiculaire, et presque toujours vous trouverez le canal déférent gros, induré, irrégulier, bosselé, moniliforme. Ces lésions ne sont pas consécutives à la lésion épididymaire; elles lui sont préexistantes. Sans doute elles s'accroissent, elles s'accroissent, elles se développent en même temps que la tuberculose épididymaire évolue. Mais quand on voit le malade de bonne heure, on trouve déjà le canal déférent altéré alors que l'épididyme commence à peine à se prendre.

Voici par exemple un malade que j'ai vu en 1898 : il avait sur le trajet du déférent dans le canal inguinal un gros noyau tuberculeux; au-dessous le déférent était intact, le testicule et l'épididyme étaient encore sains. Mais au-dessus du tuberculome, le déférent se sentait dur et bosselé jusqu'aux vésicules séminales, qui elles-mêmes présentaient des lésions très évidentes. Ici donc vous ne pouvez admettre que la tuberculose remontait du testicule vers la prostate : la tuberculose descendait de la prostate vers l'épididyme en suivant le trajet du canal déférent. Une entrave avait arrêté la marche des lésions vers le testicule : ce n'était qu'un temps d'arrêt, le malade eut plus tard une épididymite tuberculeuse. Et ce fait nous montre à la manière d'une expérience comment la tuberculose du déférent préexiste aux lésions épididymaires.

3° Enfin toutes les fois qu'il y a de la tuberculose dans l'épididyme, *il y a dans la prostate et les vésicules séminales des lésions tuberculeuses préexistantes.*

Cette association a été bien des fois signalée; mon maître Guyon y a beaucoup insisté. Je ne pense pas cependant que cette relation ait eu l'influence qu'elle mérite sur le traitement de la tuberculose testiculaire.

Elle n'a pas en effet seulement une valeur diagnostique, mais elle comporte une application beaucoup plus élevée. Elle indique la voie suivie par la tuberculose pour arriver au testicule.

Les lésions prostatovésiculaires sont constantes ou à peu près; j'affirme que chez presque tous les malades qui sont atteints de tuberculose testiculaire vous pourrez les trouver, si vous savez les chercher. Elles sont ou légères ou grossières : si elles sont légères, on les méconnaît. Mais en ne tenant compte que des lésions évidentes, reconnaissables pour tout le monde, j'affirme qu'elles se présentent dans la proportion de huit fois sur dix sur les malades qui s'offrent à notre examen avec un épididyme déjà altéré. Et je me garderais bien d'affirmer qu'elles font défaut là où nous ne les trouvons pas : de ce qu'elles sont cliniquement inappréciables, je n'oserais affirmer qu'elles font défaut. Aucun des malades que je vous ai montrés cette année ne faisait exception à cette règle, et notre malade d'aujourd'hui nous montre une prostate farcie de trois ou quatre noyaux durs, et des vésicules séminales, bosselées, irrégulières, et comme injectées au suif. C'est la règle.

Mais ce n'est pas tout : ces lésions profondes ne sont pas concomitantes de la tuberculose testiculaire, elles lui sont préexistantes. Elles existent déjà avant que les manifestations épididymo-testiculaires ne soient réalisées, et quand on les recherche systématiquement chez tous les malades qui sont suspects de tuberculose, on est surpris de trouver ces lésions, torpides, sans symptômes, sans réaction, chez des sujets dont les testicules sont encore indemnes. J'ai pu ainsi prévoir la contamination du testicule après avoir constaté par le toucher rectal des lésions profondes, et annoncer quelques mois à l'avance l'extension de la tuberculose au déférent et à l'épididyme.

De ces considérations, je crois donc pouvoir conclure que la tuberculose du testicule n'est qu'une *tuberculose propagée*; des parties profondes, elle s'étend par le canal déférent jusqu'à l'épididyme d'abord, puis de l'épididyme jusqu'au testicule.

Et cependant je ne saurais refuser aux vaisseaux sanguins du testicule, à l'artère spermatique elle-même le droit ni le pouvoir d'apporter au parenchyme de la glande les bacilles dont le sang est chargé. Mais si la voie sanguine était la voie habituelle de l'infection tuberculeuse du testicule, je vous défie de m'expliquer la localisation initiale et prédominante à la queue de l'épididyme, et la participation ascendante du canal déférent.

Quand le testicule s'infecte par ses vaisseaux, c'est le testicule lui-même qui est pris, et si l'épididyme est aussi altéré, c'est la tête

qui est atteinte la première. Il en est ainsi avec la syphilis, qui portée exclusivement par le sang, frappe le testicule et respecte l'épididyme ; il en est ainsi avec certaines infections sanguines comme les oreillons, où nous voyons le testicule seul frappé à l'exclusion de l'épididyme. Il en est ainsi encore pour certaines orchio-épididymites tuberculeuses totales, massives, dans lesquelles le testicule est pris en dehors de l'épididyme ; je pense même que c'est ainsi que les choses se passent habituellement chez l'enfant, où la tuberculose est surtout testiculaire. Mais en dehors de ces exceptions, la règle est formelle ; chez l'adulte le testicule s'infecte par l'intermédiaire de son canal déférent, comme dans la blennorrhagie, *et la tuberculose testiculaire chez l'adulte, se comporte comme une infection canaliculaire.*

De ce fait, Messieurs, la question n'est pas encore tranchée : montrer que les lésions profondes préexistent à la tuberculose testiculaire pour de là s'étendre et se propager jusqu'à l'épididyme, ce n'est pas expliquer le comment de cette migration, ce n'est pas montrer le pourquoi de cette localisation initiale des tubercules au niveau de la prostate et des vésicules séminales.

Le comment de cette migration, je ne le saurais dire : car je n'ai à mon service que des faits cliniques, et il ne faut pas leur demander plus qu'ils ne peuvent donner. Les expériences que j'ai faites à ce sujet ne m'ont pas fourni de résultats concluants.

Mais au sujet de la localisation initiale à la prostate, plusieurs hypothèses ont été formulées.

La prostate, les vésicules séminales en effet peuvent recevoir leurs bacilles de la *vessie*, de l'*urètre*, des *vaisseaux sanguins* ou des *voies digestives*.

Je n'admets pas l'infection de la prostate par la *vessie* : ce n'est pas la vessie tuberculeuse qui transmet ses bacilles à la prostate, c'est la prostate tuberculeuse qui contamine la vessie.

Suivez les malades chez lesquels vous avez une fois constaté des lésions de tuberculose génitale ; ils n'ont alors aucun trouble urinaire, mais suivez-les et vous les verrez un jour présenter des urines troubles, des mictions fréquentes et douloureuses, des signes d'infection vésicale. Inversement, examinez la prostate de tous les malades qui vous présentent les signes d'une cystite tuberculeuse au début, et vous y trouverez déjà ces bosselures, ces indurations si caractéristiques de la tuberculose.

La tuberculose prostatique n'est donc pas consécutive à la tuberculose vésicale ; mais elle la précède.

Je n'admets pas non plus l'infection de la prostate par l'*urètre*, l'infection tuberculeuse génitale d'origine extérieure. Si certains faits de contagion conjugale viennent plaider dans ce sens, il est par contre un argument sans réplique à opposer à cette hypothèse : on ne voit jamais ou presque jamais la tuberculose de l'urètre. Et comment admettre que les bacilles ont pu traverser l'urètre du méat jusqu'à la prostate, sans y semer quelques localisations tuberculeuses ?

Je crois bien plutôt que la prostate et les vésicules s'infectent par les *vaisseaux* nombreux qui sillonnent cette région : la localisation y est favorisée par une circulation veineuse complexe, qui permet à ce niveau une stagnation facile. Enfin peut-être le voisinage du rectum a-t-il une certaine influence ; et qui sait si les bacilles de Koch ne cheminent pas au travers des parois rectales pour venir infecter directement la prostate ? Le fait est démontré pour d'autres microbes, pour le colibacille par exemple ; pourquoi n'en serait-il pas de même pour le bacille de Koch ?

Une expérience fort intéressante de mon regretté élève et ami Péron, communiquée à la Société anatomique en 1898, vient précisément légitimer cette hypothèse d'une infection transpariétale de l'appareil prostatovésiculaire ; cette expérience avait pour but de montrer la virulence des exsudats tuberculeux humains, séro-fibrineux, mais j'y trouve quelques détails qui ont une grande importance au point de vue des idées que je défends.

Péron inocule dans le péritoine d'un cobaye 25 centilitres d'un liquide séro-fibrineux provenant d'une pleurésie tuberculeuse de l'homme. Au bout de trois mois paraît une double orchite. Le cobaye meurt au bout de huit mois, et à l'autopsie, on trouve des lésions localisées exclusivement dans les vésicules séminales et les testicules. Notez bien ceci : il n'y avait de tuberculose que là ; il n'y en avait ni dans le foie, ni dans le poumon. Qu'est-ce que cela prouve ?

Cela prouve d'abord que les voies génitales n'ont pas été infectées par la voie sanguine, car s'il en était ainsi, il serait bien naturel de trouver des bacilles et des lésions tuberculeuses dans les organes les plus vasculaires, les poumons surtout. Cela prouve ensuite que les vésicules séminales ont été contaminées directement par une injection intra-péritonéale de culture tuberculeuse, et que de là les lésions se sont propagées aux testicules.

Voilà, Messieurs, les deux notions que je voulais établir tout