

lopper (dactylite gommeuse). On a trouvé le tendon de l'un des médius affecté de dépôt gommeux (obs. IV, thèse de Van Oordt), et il y a toute raison pour que la synoviale et la gaine fibreuse des tendons déjà exposées aux atteintes de la syphilis secondaire subissent l'influence syphilitique tertiaire. Quant au périoste et à l'os, ils ne sont pas exempts de cette influence, et la dactylite périostique peut, à la rigueur, se terminer par carie et surtout par nécrose.

Le plus souvent, toutefois, ces divers tissus sont simultanément affectés, et il devient difficile de savoir quel a été le point de départ du processus morbide, surtout quand ce processus débute dans les parties profondes et s'étend aux régions plantaires ou palmaires. Les faits de ce genre sont particulièrement connus aujourd'hui sous le nom de dactylite syphilitique. Celui qui suit a été rapporté par le professeur Nélaton. « Un homme âgé d'une cinquantaine d'années entre à l'hôpital de la Clinique pour se faire traiter d'une affection du doigt médium de la main droite. Il raconte que cette maladie s'est déjà produite deux fois; ce doigt est devenu gros et douloureux, puis ces accidents se sont dissipés graduellement, et finalement il a pu reprendre ses travaux; une rechute eut lieu, suivie d'une guérison apparente, comme la première fois; enfin, après la deuxième récurrence, voici l'état que présente cet homme. Le médium de la main droite est plus volumineux qu'il ne devrait l'être. Il a environ 1 centimètre de plus que son congénère du côté opposé. Cette augmentation de volume porte principalement sur la première phalange, un peu moins sur la seconde, elle est à peu près nulle sur la troisième. Les téguments, légèrement tendus, ont conservé leur aspect normal, ils offrent seulement une teinte violacée. Les mouvements sont peu gênés, la pression est faiblement douloureuse, mais il survient à divers instants de la journée et quelquefois pendant la nuit des douleurs spontanées. » Un fait analogue est en outre signalé par ce même chirurgien.

Deux malades observés par Lücke présentaient, l'un un gonflement diffus, uniforme, indolent, de toutes les phalanges des petits doigts et de quelques-uns des orteils, l'autre l'augmentation de volume des phalanges du premier orteil droit et du second orteil gauche; les parties molles des doigts étaient épaissies, la peau qui les recouvrait était tendue et résistante, les articulations étaient crépitantes, les mouvements gênés et non douloureux. Trois autres faits assez semblables ont été vus par Bergh, Mc. Cready et H. Taylor. Réunissant ces différents cas, ce dernier a donné une histoire détaillée de la dactylite syphilitique, qu'il divise en deux variétés. Dans la première variété l'altération occupe le tissu conjonctif sous-cutané et les tissus fibreux des articulations; dans la seconde, le processus morbide, prenant son point de départ dans le périoste et dans les os, envahit secondairement les jointures. Ces altérations affectent un ou plusieurs des doigts ou orteils; la peau, à leur niveau, est distendue, quelquefois adhérente aux parties sous-jacentes, ses plis sont effacés, sa couleur varie du rouge marbré au rouge sombre, et, lorsqu'elle devient tuméfiée et sensible, c'est toujours d'une façon passagère. On n'a pas jusqu'ici observé d'altération concomitante des ongles. Généralement mieux circonscrite que la dactylite sous-cutanée, la dactylite sous-périostique peut produire un gonflement analogue à celui que détermine le spina-bifida. Cette tuméfaction arrondie existait dans le cas de

Bergh, où tout portait à diagnostiquer une ostéo-myélite gommeuse. Effectivement, la paroi osseuse, amincie, donna issue en dernier lieu à un liquide clair et visqueux, et un stylet introduit dans la plaie conduisait dans une cavité sans rencontrer de portion d'os nécrosée et sans déterminer de douleur. Après la guérison, la phalange altérée se trouvait notablement raccourcie. Semblable résultat se rencontrait dans le cas de Mc Cready par suite de la résorption d'une grande partie de la phalange, résorption dont le mécanisme était sans doute analogue à celui que nous avons vu produire la disparition des os crâniens. Ces faits nous montrent que la dactylite syphilitique peut produire un raccourcissement plus ou moins considérable des doigts et des orteils; ajoutons que la difformité qui en résulte est relativement peu marquée.

L'absence de douleur, une évolution lente et une durée toujours longue en dehors de l'intervention d'un traitement spécifique, tel est l'ensemble des caractères généraux qui permettent de reconnaître la dactylite syphilitique et de la distinguer des affections susceptibles de la simuler, comme un accès de goutte, un panaris ordinaire, etc. Le rhumatisme chronique ne prêterait pas davantage à la confusion: limité aux articulations des doigts, il les atteint pour la plupart, respectant la peau et produisant une déformation dont la tendance est de déjecter les doigts vers le bord cubital de la main et de fixer les organes dans diverses positions de flexion et d'extension. L'enchondrome des doigts, tumeur dure, circonscrite, saillante le plus souvent à la face palmaire, pourrait être confondue avec la dactylite sous-périostique; mais son accroissement progressif, sa dureté, ses bosselures aideront à le reconnaître tôt ou tard. Les affections scrofuleuses des phalanges se distingueront par les trajets fistuleux auxquels elles donnent bientôt naissance et par la concomitance d'accidents strumeux en d'autres points du corps.

Le pronostic de la dactylite syphilitique n'est sérieux qu'autant que cette affection est méconnue. C'est alors que peuvent se produire des déformations capables de gêner la fonction des doigts; mais chose plus grave serait une opération pratiquée sans nécessité.

ARTICLE III. — APPAREIL GÉNITO-URINAIRE.

Nous avons fait connaître les localisations primitives et secondaires de la syphilis sur les organes génitaux. Il nous reste à étudier les altérations tertiaires de ces mêmes organes chez l'homme et chez la femme, et celles de l'appareil urinaire.

§ 1. — Orchite syphilitique.

BIBLIOGRAPHIE. — ASTRUC, *Traité des maladies vénériennes*, trad. franç. de LOUIS, 1777. — BENJ. BELL, *Traité de la gonorrhée virulente*, etc., trad. franç. de BOSQUILLON, Paris, 1802, t. II, 490. — DUPUYTREN, *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. I, Paris, 1832. — AST. COOPER, *Diseases of the testis*. London, 1835, p. 135, et *Œuvres chirurgicales*, trad. française par RICHELLOT et CHASSAIGNAC, Paris, 1837. — HUNTER, *Œuvres complètes*, traduct. française, p. 580. Paris, 1841. — HAMILTON, *Essay on syphilitic Sarcocoele*. Dublin, 1840. — PH. BOYER, *Testicule syphilitique* (*Gaz. méd.*, 1840, p. 754). — VELPEAU, *Dictionnaire en 30 volumes*. — RICORD, *Clinique icono-*

graphique de l'Hôpital des vénériens, et *Gaz. des hôpitaux*, 1845, p. 503. — JOHN HAMILTON, *Essay on syphilitic Sarcocèle*, Dublin, 1849. — HELOT, *Mémoire sur le testicule syphilitique* (*Journ. de chirurg.*, t. IV, 1846, p. 403 et 429). — VIDAL (de Cassis), *Du Sarcocèle syphilitique* (*Mémoires de la Société de chirurgie*, 1854). — NÉLATON, *Gaz. des hôpitaux*, 8 avril 1852, et *Annales des maladies de la peau*, t. IV, 218. — CALVO, *De l'albuginée syphilitique*, etc. Thèse de Paris, 1854. — B. CURLING, *Traité pratique des maladies du testicule*, trad. franç. par L. GOSSELIN, Paris, 1857, p. 357. — VENOT, *Du Sarcocèle syphilitique*. Thèse de Paris, 1858. — ROLLET, *Mémoire sur le Sarcocèle fongueux syphilitique*. Lyon, 1858. — FOSSARD, *De l'orchite tuberculeuse*. Thèse de Paris, 1855. — M. LEBRUN, *Du Sarcocèle syphilitique*. Thèse de Paris, 1855. — A. LEJEAL, *Du Sarcocèle syphilitique*. Thèse de Paris, 1855. — VIDAL (de Cassis), *Du Sarcocèle syphilitique, ses effets sur le testicule et sur la virilité*. Mém. de la Société de chirurgie, 1856. — VIRCHOW, *Syphilis constit.*, trad. franç. Paris, 1859. — DE MERIC, *Fungus of the testicle in syphilis*, *The Lancet*, March 19, 1859. — J. F. WEST, *Sur le fungus syphilitique du testicule*, dans *Dublin Quarterly Journ. of med. Science*, nov. 1859. — CH. HARDY, *Études sur les inflammations du testicule*. Thèse de Paris, 1860, p. 48 et 49. — LEWIN, *Studien über Hoden* (*Deutsche Klinik*, n° 24, 1861, et *Canstatt's Jahresbericht*, 1861). — BERGH, *Om den syphilit. Testikelid.* (*Hospit. Tidende*, n° 9, 11, 1861). — WILKS, dans *Transact. of the pathol. Society*, vol. X, p. 210, XII, p. 216, et *Guy's Hosp. Reports*, ser. III, vol. IX, p. 55, pl. II, fig. 4. — CANTON, *Trans. of the path. Society*, vol. XII, p. 162, pl. IX, fig. 1. — FR. TENORE, *Il fungo benigno del testicolo e la Sifilide costituzionale*. Napoli, 1863, et *Ann. univers.*, t. CLXXXVII, (4^e série, 41), p. 170. — VERNEUIL, Article *Aine* du *Dict. encyclopédique des Sciences médicales*, t. II, p. 286. — HUBER, *Zur Casuistik der Orchitis gummosa*, *Archiv f. klinische Medicin*, VI, p. 404, 1869.

Signalées par Astruc et Van Swieten, décrites par B. Bell, les affections syphilitiques des testicules ont été bien étudiées par A. Cooper (1) et par Dupuytren; mais c'est à Ricord, à Vidal (de Cassis), à Curling et au professeur Gosselin que sont dus les travaux les plus importants sur ces manifestations. Comme la plupart des lésions syphilitiques, elles se montrent sous deux formes distinctes, l'une diffuse, l'autre circonscrite; quelquefois combinées, d'autres fois isolées et indépendantes, ces deux formes pathologiques méritent chacune une description séparée.

Qu'elle envahisse une partie ou la totalité de l'organe, qu'elle soit simple ou double, l'orchite syphilitique diffuse est caractérisée, à son début, par une hyperémie vasculaire et l'apparition, au sein du tissu interstitiel ou connectif, de petites cellules rondes et de noyaux auxquels succèdent ordinairement des fibres de tissu conjonctif. Plus tard, des cloisons blanchâtres, des cordons d'aspect tendineux, irradient de la tunique albuginée épaissie, et principalement du corps d'Hygmore, dans une partie ou dans toute l'épaisseur de l'organe, compriment et écartent les canalicules séminifères. Ceux-ci ne tardent pas à s'atrophier, et les cellules épithéliales qu'ils renferment, granuleuses, infiltrées d'un pigment brun noirâtre, se détruisent peu à peu en subissant la métamorphose grasseuse. Le testicule, dur et résistant, crie sous le scalpel; il n'est plus constitué que par des éléments

(1) On se fera une juste idée de l'invariabilité des caractères anatomiques des lésions syphilitiques du testicule, en comparant les planches laissées par A. Cooper avec celles que nous a léguées Ricord et celles qui font partie de ce travail. Il sera impossible, après cet examen, de ne pas reconnaître la spécificité des manifestations internes de la vérole.

de tissu connectif et quelques particules de matière grasse, il a subi une véritable transformation fibro-grasseuse. En général plus volumineux au début de l'évolution pathologique, cet organe se rapetisse peu à peu à mesure que se rétracte le tissu de nouvelle formation. De là résulte une atrophie générale si l'inflammation est étendue, une dépression ressemblant à une cicatrice lorsque la phlegmasie est limitée ou seulement lobulaire. Dans ces conditions, le cordon est le plus souvent intact; quelquefois il est confondu de façon à ne faire plus qu'une seule masse avec le testicule.

La tunique vaginale participe le plus souvent à l'altération du testicule (périorchite, vaginalite). Tout d'abord elle renferme de la sérosité, qui, plus tard, se résorbe lorsque ses deux feuillets viennent à se tapisser de dépôts pseudo-membraneux et à produire des adhérences plus ou moins complètes. La périorchite isolée et indépendante de l'altération testiculaire est rare, si toutefois elle existe.

L'inflammation aiguë simple et non spécifique du testicule est à peu près la seule lésion qui puisse être confondue avec l'orchite syphilitique. Elle s'en distingue par une hyperémie et une friabilité plus considérables, et surtout par une évolution beaucoup plus rapide, en sorte qu'elle ne produit ni l'épaississement séléreux de la trame interstitielle, ni l'atrophie qui en résulte. L'inflammation qui succède à une blennorrhagie ou à tout autre désordre de l'urèthre porte, avant tout, sur le cordon et sur l'épididyme. Je ne chercherai pas à différencier l'orchite syphilitique de l'orchite chronique, dont l'existence n'est pas jusqu'ici nettement établie. Je pense, avec le professeur Gosselin, que la plupart des cas d'orchite chronique connus ont une origine syphilitique incontestable.

L'orchite circonscrite ou gommeuse peut accompagner l'orchite diffuse, et aux caractères ci-dessus signalés s'ajoutent ceux de la tumeur gommeuse (1). D'autres fois, les gommes du testicule se développent isolément, elles ont pour point de départ la tunique externe d'un vaisseau ou la membrane propre d'un canalicule spermatique; elles sont multiples et dispersées en différents points, ou groupées sur un seul. D'un volume qui varie de la grosseur d'une lentille à celle d'une noisette, d'une noix ou même d'un œuf, ces dépôts arrondis ou mamelonnés, d'une coloration grisâtre ou d'un blanc jaunâtre, ont une consistance ferme, qui devient plus molle vers le centre; à la coupe, ils sont secs plutôt qu'humides, c'est-à-dire qu'ils laissent échapper peu ou pas de liquide sous l'influence de la pression. De même que la plupart des tumeurs gommeuses des organes internes, les gommes du testicule sont entourées dès leur début d'une aréole grisâtre, parcourue de vaisseaux visibles à l'œil nu; plus tard elles sont enveloppées d'une sorte de capsule fibreuse blanchâtre, dont il est parfois difficile de les séparer. La constitution histologique de ces tumeurs n'est pas toujours parfaitement identique; tandis que les unes sont presque entièrement fibreuses, les autres, au contraire, sont composées à peu près uniquement de cellules et de noyaux ronds. Dans un cas de gomme ancienne je n'ai trouvé que des éléments altérés

(1) Les planches de l'*Iconographie* de Ricord et les nôtres fournissent des exemples de cette double altération.

et informes, des granulations graisseuses abondantes et des cristaux de matière grasse (margarine). Ces productions passent par les diverses phases que subit toute tumeur gommeuse, et la dégénérescence régressive y est en général d'autant plus avancée qu'on examine des parties plus centrales, d'où la possibilité, dans certains cas, de distinguer dans ces tumeurs trois zones distinctes par le degré d'altération des éléments.

S'il arrive qu'un seul testicule soit lésé, plus souvent que dans toute autre maladie les deux organes sont simultanément affectés. Le corps du testicule est le siège de prédilection de l'altération, mais dans quelques cas pourtant l'épididyme et le cordon peuvent être atteints. Un homme présente à l'âge de trente-deux ans une tumeur du testicule gauche que l'on ouvre à l'aide du bistouri, mais qui guérit ensuite sous l'influence de l'iodure de potassium. Huit ans plus tard, le testicule est de nouveau affecté, et lorsque ce malade se présente à moi le 13 juin 1867, cet organe a le volume du poing d'un adulte, il forme une masse dont une partie située en haut et à droite est plus molle, c'est le corps du testicule, tandis que l'autre partie, bosselée, ferme, d'une dureté partout égale et très-grande, est constituée par l'épididyme et la portion adjacente du testicule. Le cordon forme une baguette rigide du volume du pouce, renflée en plusieurs endroits, et dont l'un des renflements, situé près de l'arcade de Fallope, a le volume d'un gros marron. Le malade rapporte que cette lésion a commencé à se développer il y a cinq ans, et que pendant environ une année elle a été le siège d'élançements; il ne sait pas exactement à quelle époque il a eu un chancre, mais il se souvient d'avoir été soumis à un traitement ioduré. Le testicule droit est intact; une cicatrice ancienne se voit sur le scrotum. Santé générale bonne, pourtant céphalée habituelle, insomnie, maigreur. J'administre l'iodure de potassium et, le 1^{er} juillet, je porte la dose du médicament à 2 grammes par jour. Le 13 août, après deux mois de traitement, la santé générale est parfaite, la céphalée a depuis longtemps disparu, le testicule se dégage de l'épididyme dont le volume est diminué de près de moitié. Le cordon est moins volumineux, mais toujours dur et ferme. Le traitement ayant été délaissé pendant les mois d'octobre et de novembre, l'état local du malade resta stationnaire. Repris dans le mois de décembre, le traitement ioduré, cette fois à la dose de 3 grammes par jour, amène au bout de vingt jours une diminution dans la tumeur; le 8 janvier, cette diminution est plus marquée, et le 22, j'ai tout lieu de compter sur une guérison prochaine et définitive. Effectivement, le testicule est entièrement dégage de l'épididyme, qui conserve encore une partie de sa dureté, mais qui a au plus le volume d'un marron. Le cordon, assez souple, est réduit au volume d'un manche de plume à écrire; ses renflements, à l'exception d'un seul, sont inappréciables. Quant à la santé générale, elle est des meilleures. Depuis lors j'ai eu l'occasion de revoir ce malade, il se portait bien et conservait fort peu de chose de son état local. Quoi qu'il en soit, il faut reconnaître que les faits de ce genre sont exceptionnels, et que la prédilection des tumeurs gommeuses pour le corps des testicules constitue un caractère important et très-propre à différencier ces lésions de l'affection tuberculeuse, qui se développe primitivement dans l'épaisseur de l'épididyme, et s'accompagne, le plus souvent, de tubercules miliaires et grisâtres du corps de

l'organe. L'évolution des produits syphilitique et tuberculeux n'est d'ailleurs pas identique; le tubercule se ramollit plus rapidement que la gomme, il enflamme les tissus voisins, adhère à la peau et devient le siège de trajets fistuleux plus ou moins nombreux. Le sarcome est une production anatomiquement différente de la tumeur gommeuse, par le volume de ses éléments constitutifs et par sa riche vascularisation. Le carcinome, formé de cellules épithéliales, se sépare nettement de toute production syphilitique.

L'observation suivante, dans laquelle les testicules, plus volumineux qu'à l'état normal, sont presque entièrement constitués par une substance jaunâtre homogène quelque peu analogue au jaune de l'œuf bien cuit, est un exemple frappant des graves désordres que peut produire l'altération gommeuse. A peine, en effet, trouve-t-on à la périphérie de cette altération à surface irrégulière et déprimée quelques vestiges de la tunique albuginée; cette membrane, qui a subi une transformation identique à celle du reste de l'organe, n'est en aucune façon distincte.

Accidents syphilitiques traités à l'Hôpital du Midi, gommés et ulcères de la jambe; sarcocele syphilitique; cachexie et mort. — Gommés multiples du foie; lésions des ganglions viscéraux, orchite diffuse et gommeuse.

Obs. XXV. — D..., âgé de quarante-quatre ans, tailleur d'habits, longtemps traité à l'Hôpital du Midi, dans le service de M. Cullerier, pour une maladie syphilitique, entré le 5 avril 1862 à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Michon. C'est un homme d'une taille élevée, mais très-amaigri, qui offre toutes les apparences d'un état cachectique avancé, savoir: décoloration et teinte jaunâtre des téguments, œdème des membres inférieurs, mollesse et flaccidité des tissus, appétit presque nul et diarrhée. Il est d'une faiblesse excessive, et il demande plutôt à reprendre ses forces qu'à se faire traiter d'une large ulcération d'aspect gangréneux qu'il porte à la partie antérieure et inférieure de la jambe droite, et qui paraît avoir pour origine une gomme ancienne et ramollie. La faiblesse de ce malade croissant de plus en plus, il succombe au bout de quelques jours (25 avril) dans le marasme le plus complet, sans avoir présenté d'autres symptômes que ceux qui viennent d'être rappelés.

Autopsie. — Les cheveux sont en grande partie conservés; plusieurs dents sont cariées; la couche épidermique est partout mince et légèrement desquammée; une large ulcération (0^m,50 de diamèt.) sanieuse et verdâtre, un peu foncée, existe à la partie inférieure de la jambe droite. Le gland offre à sa partie antérieure et inférieure une perte de substance et une cicatrice qui a amené un hypospadias. On constate en outre quelques cicatrices blanches et irrégulières de la peau à la région antérieure de la poitrine et plusieurs croûtes d'ecthyma sur l'épaule droite. Le cerveau est sain, mais pâle et décoloré. L'arachnoïde, épaissie, grisâtre au niveau du bulbe, adhère intimement à la substance nerveuse. Néomembrane de peu d'étendue à la surface interne de la dure-mère, au voisinage de la faux du cerveau. Les os sont intacts.

Le péricarde renferme une petite quantité de sérosité. Le cœur, large et mou, se trouve recouvert d'une légère couche de graisse et d'une plaque blanche laiteuse; il est parsemé de quelques taches ecchymotiques. Les valvules du cœur sont un peu épaissies; le tissu musculaire n'est pas altéré. Taches vineuses ecchymotiques nombreuses à la surface des plèvres et plus particulièrement de la plèvre diaphragmatique. Absence d'adhérences, mais épanchement peu abondant et séro-sanguinolent dans la cavité pleurale gauche. Adhérences nombreuses du

poumon droit avec la paroi thoracique, intégrité de l'organe. Le poumon gauche est, au niveau de son bord postérieur, le siège d'une induration brunâtre (pneumonie avec infiltration sanguine). Le foie, augmenté de volume, déborde le rebord des fausses côtes, son diamètre antéro-postérieur est de 0^m,22, le transversal est de 0^m,32. Cet organe adhère en plusieurs points avec les parties voisines, et plus particulièrement avec le diaphragme, à l'aide de fausses membranes allongées et blanchâtres. Au niveau de chacune des adhérences il existe, soit une dépression plus ou moins profonde et comblée en partie par du tissu fibreux, soit une petite tumeur

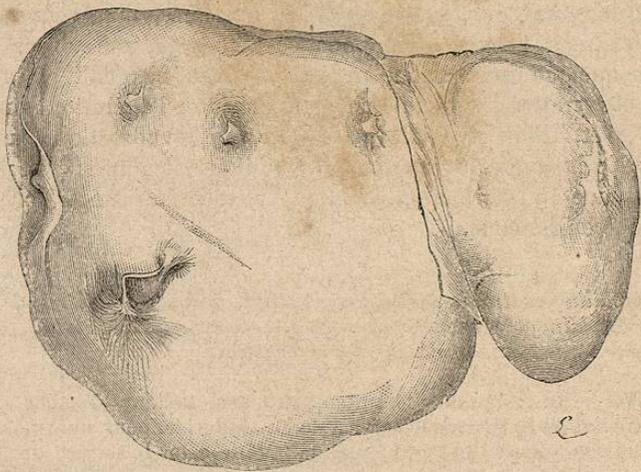


Fig. 3. — Hépatite gommeuse ($\frac{2}{3}$ du volume) (fig. tirée de notre Atlas d'anat. path.).

arrondie, blanchâtre, du volume d'un gros pois ou d'une noisette. La plupart des dépressions sont étoilées de trois branches, et les lèvres qui limitent la perte de substance sont réunies par de fins tractus de tissu conjonctif. Les tumeurs que l'on remarque à la surface du foie sont enveloppées d'un tissu fibreux blanchâtre et légèrement saillantes (voyez fig. 3). Assez abondantes et régulièrement disséminées à la surface convexe du foie, ces tumeurs sont beaucoup plus rares à la face concave de cet organe. On en rencontre plusieurs au niveau du bord droit; l'une d'elles donne lieu à une échancrure manifeste de ce bord. Une trame fibreuse au sein de laquelle se rencontrent des noyaux et des cellules arrondies, atrophiées, de nombreuses granulations graisseuses et quelques cristaux de cholestérine, telle est la constitution de ces tumeurs. Le tissu grisâtre circonvoisin contient simplement des cellules arrondies ou elliptiques et des fibres de tissu connectif (Voy. pl. I, fig. 5, 5' et 5''). Les cellules hépatiques voisines sont remplies de graisse et déformées; mais celles qui sont situées dans le reste de l'étendue du foie sont à peu près normales. Les dépôts syphilitiques sont, pour la plupart, développés au pourtour d'un canalicule biliaire, car leur centre présente une tache jaune ou verdâtre, due à la présence de la matière colorante de la bile. Leur coloration est blanchâtre, leur consistance est assez ferme; quelques-uns d'entre eux, plus mous, sont en même temps plus jaunâtres. Après une section de l'organe, on aperçoit plusieurs points grisâtres vers lesquels convergent des sillons fibreux; de sorte que le tissu rétractile que nous avons vu, à la surface de l'organe, enveloppant les tumeurs gommeuses, se retrouve à l'intérieur et semble ainsi indiquer l'existence de tumeurs anciennes résorbées. La coloration du parenchyme hépatique est jaunâtre, ce qui tient aux nombreuses granulations graisseuses que renferment les cellules propres du foie. Dans plusieurs endroits où il n'existe pas de tumeurs, on trouve néan-

moins quelques canalicules dilatés, dont les parois épaissies renferment une matière colorante verdâtre.

La rate, augmentée de volume, est couverte de plaques laiteuses. Les ganglions de l'abdomen sont volumineux, d'un rouge grisâtre ou vineux, plus mous qu'à l'état normal et sans aucun doute altérés. Les reins sont pâles et décolorés, mais d'ailleurs sains. La vessie n'est pas altérée. Le tube digestif est intact, à part une ulcération de petite étendue, mais profonde, qui se rencontre sur la muqueuse à l'union de l'S iliaque et du rectum.

Les deux testicules sont altérés. Le gauche est augmenté de volume, la sensation qu'il fournit est celle d'un corps piriforme ferme, légèrement irrégulier, partout également résistant. Le droit, dont le volume est peu modifié, donne la sensation de points indurés et élastiques qui paraissent avoir pour siège la tunique albuginée. A gauche, le feuillet viscéral, la tunique fibreuse ou albuginée, et la substance testiculaire sont confondus entre eux et forment une masse jaune élastique, peu friable et d'une consistance uniforme; cette masse, du volume d'un gros œuf de poule, présente quelques bosselures à sa face antérieure, elle est uniquement constituée par un produit nouveau, sans canalicules spermatiques. Toutefois, au voisinage de l'épididyme, la tunique albuginée se distingue encore de la substance sous-jacente; la tunique vaginale s'y trouve épaissie, doublée d'une fausse membrane vasculaire; absence de liquide épanché. La substance, assez analogue à un jaune d'œuf bien cuit, qui remplace le testicule est composée d'une matière fibroïde, de noyaux et de cellules parsemées de granulations. On y trouve de nombreux amas de cristaux de graisse (*margarine*) et d'abondantes granulations graisseuses. Lorsque, par la dissection, on arrive à droite sur le feuillet pariétal de la tunique vaginale, on remarque la présence d'une vascularisation et un épaississement dû en partie aux adhérences qui unissent les deux feuillets. Ces adhérences sont nombreuses, et entre elles se trouve épanchée une petite quantité de sérosité. La tunique albuginée est épaissie aussi bien que les cloisons qui en émanent; par-ci par-là, on aperçoit de petites tumeurs blanchâtres plus ou moins molles; la substance testiculaire présente des stries jaunâtres, disposées suivant la direction des canalicules spermatiques; un grand nombre de ces derniers renferment des cellules épithéliales altérées et des granulations graisseuses. Dans les parties molles et jaunâtres, les gouttes d'huile et les granulations graisseuses sont abondantes; on trouve même des cristaux de cholestérine (pl. I, fig. 8 et fig. 8').

Sans parler ici de l'altération du foie, sur laquelle nous aurons à revenir, il y a lieu de penser que c'est dans les cas de ce genre et à la suite de l'envahissement de la tunique vaginale par le produit gommeux que l'on voit naître ces *fungus syphilitiques* du testicule qui naguère ont fixé l'attention des observateurs d'une façon plus particulière. On conçoit en effet que ce produit, venant à se ramollir, puisse enflammer, ulcérer et même perforer le scrotum, d'où son issue au dehors et l'accident décrit sous le nom de fungus. Ce mécanisme ne diffère en rien de celui que nous avons signalé à propos des gommés du tissu cellulaire sous-cutané. C'est à tort qu'on a voulu faire provenir cet accident d'une suppuration du produit syphilitique. Il est bien évident qu'en pareil cas les éléments glandulaires qui ont pu rester intacts, faisant hernie avec le dépôt gommeux, ne tardent pas à s'altérer, et que l'organe est toujours gravement compromis.

Étude symptomatique. — Les manifestations syphilitiques des testicules (orchites diffuse et circonscrite) ont un début insidieux; le malade ne s'aperçoit souvent de leur présence que par hasard ou par la gêne que détermine

l'augmentation du volume de l'organe malade. Celui-ci s'accroît peu à peu, il devient plus lourd, dur, ferme à la palpation ; il est inégal et bosselé lorsque des gommés ont leur siège à sa surface ou que des fausses membranes épaisses occupent la tunique vaginale. Dans ces conditions, un certain degré de tiraillement exercé sur le cordon produit quelquefois des douleurs lombaires ou abdominales, et, suivant A. Cooper, le testicule lui-même serait parfois le siège d'une douleur peu intense s'exaspérant la nuit.

La sensibilité à la pression, si tant est qu'elle soit accrue au début, s'affaiblit avec la progression du mal, et le testicule peut devenir complètement indolore. Les bourses conservent leur coloration et leur souplesse, excepté dans les cas rares de fungus ; le cordon et l'épididyme, le plus souvent intacts, sont enchâssés, le dernier du moins, dans la masse du testicule. Après un certain temps, l'organe affecté constitue une masse piriforme, très-dure, relativement lourde, lisse ou parsemée de petites inégalités ; dans l'un de nos cas, il donnait la sensation d'une agglomération de tumeurs volumineuses, bosselées, arrondies et élastiques ; d'autres fois, il est comme enveloppé d'une coque ferme et résistante ; ce sont là autant de différences dont l'anatomie pathologique rend parfaitement compte. L'hydrocèle, symptôme assez ordinaire du début de l'affection, est peu volumineuse, et la sérosité qui la constitue ne tarde pas à être résorbée quand les fausses membranes sont organisées. Contrairement à l'opinion de Curling, nos faits prouvent que les deux testicules participent le plus souvent à cette altération, que leur affection soit simultanée ou successive.

Les désirs vénériens sont faibles ou nuls. Les fonctions génératrices perdent peu à peu de leur énergie ; l'érection devient de plus en plus difficile ; la sécrétion du sperme diminue, elle peut cesser complètement, si les deux testicules sont lésés, et de là l'impuissance et l'infécondité si fréquemment liées à l'existence de l'orchite syphilitique. Il suffit toutefois que l'un des organes reste sain pour que, suivant la judicieuse remarque de Gosselin, il n'y ait aucun trouble appréciable des fonctions génératrices.

Le fungus consécutif à l'orchite syphilitique se présente sous forme d'une tumeur, en général régulière, d'une consistance partout égale, ayant assez l'aspect d'un chapeau de champignon. La surface de cette tumeur est granuleuse, elle sécrète un pus louable et de bonne nature. La peau qui la circonserit est libre et intacte, les ganglions inguinaux correspondants sont sains.

L'orchite syphilitique tertiaire se manifeste tardivement, deux, trois, cinq, ou même dix ans après l'accident primitif, et simultanément avec les affections des viscères. C'est une affection toujours lente dans son évolution, et d'une durée qui parfois dépasse une année, subissant des phases diverses dont le dernier terme peut être la transformation fibreuse et l'atrophie de l'organe malade. La transformation calcaire de cette altération, quoique possible, ne repose sur aucun fait avéré. Quant à la suppuration, tout porte à croire que le testicule syphilitique n'y est pas plus sujet que les autres organes. Cette opinion, qui est celle du professeur Gosselin, de Ricord et la nôtre, a l'avantage de reposer sur des faits nombreux. La destruction du testicule est loin d'être un phénomène constant, et Curling

pense que l'orchite syphilitique guérit habituellement. En tout cas, il peut y avoir conservation de la fonction lorsqu'on fait intervenir assez tôt, c'est-à-dire avant l'atrophie complète des canalicules spermatiques, un traitement approprié. Gosselin a pu s'assurer que le sperme arrivait alors à recouvrer ses qualités normales. Les gommés des testicules, quand elles ne sont pas très-volumineuses, finissent par se résoudre, laissant à leur suite une destruction plus ou moins profonde ; quelquefois leur ramollissement rapide donne lieu à des foyers qui ulcèrent les parties voisines, et de là un fungus simple, comme le démontrent les observations de Rollet, de Gosselin et de plusieurs autres observateurs.

Diagnostic. — Les affections avec lesquelles il est possible de confondre le sarcocèle syphilitique sont nombreuses. L'orchite blennorrhagique et toutes celles qui ont le canal de l'urèthre pour point de départ s'en distinguent par ce fait qu'elles sont précédées d'une uréthrite et qu'elles commencent par l'altération du cordon spermatique et de l'épididyme. L'orchite aiguë spontanée ou traumatique se reconnaît à une douleur vive avec gonflement du testicule et rougeur des bourses. L'orchite chronique non spécifique est plus difficilement séparable ; mais il y a lieu de croire que les faits qui ont servi à édifier cette dernière affection sont pour la plupart sous la dépendance d'une infection syphilitique méconnue. Quoi qu'il en soit, la tendance à affecter les deux testicules, la résistance à la suppuration, une infection syphilitique préalable, telles sont les circonstances qui plaident en faveur du sarcocèle syphilitique. Des douleurs lancinantes, un accroissement rapide, des bosselures saillantes et irrégulières qui ne tardent pas à se ramollir, l'altération consécutive des bourses et des ganglions lombaires, c'est en quoi consistent les signes qui caractérisent le carcinome des testicules, et qui le différencient de l'orchite syphilitique. L'orchite tuberculeuse débute par l'épididyme, elle n'envahit pas le corps entier de la glande, adhère bientôt aux bourses, et modifie l'état normal du scrotum de façon à produire en dernier lieu des abcès suivis de trajets fistuleux, ce qui n'arrive pas dans le sarcocèle syphilitique. De plus l'hydrocèle est très-rare dans l'affection tuberculeuse, qui du reste est le plus souvent accompagnée d'une lésion analogue de la prostate et des vésicules séminales.

Considérée en elle-même, l'affection syphilitique du testicule n'est pas dangereuse, puisqu'elle ne compromet en rien l'existence de l'individu et qu'elle cède le plus souvent à un traitement approprié. Dans quelques cas, pourtant, elle présente un certain degré de gravité en raison de sa longue durée, de la possibilité d'une transformation fibreuse ou calcaire et de la destruction des éléments sécréteurs, conditions dans lesquelles les fonctions génératrices se trouvent pour toujours abolies. Comme la plupart des affections syphilitiques, l'orchite est sujette à récidives, tant que la substance glandulaire n'est pas entièrement transformée.