

première ligne l'*orchite blennorragique*. Le testicule s'enflamme encore dans diverses affections de l'urètre, de la prostate, de la vessie, à la suite des manœuvres que nécessitent la lithotritie et le cathétérisme; ces diverses complications sont groupées sous le qualificatif : *orchite urétrale*. De cette variété nous devons rapprocher des orchites survenant chez les individus qui se livrent à la masturbation fréquemment répétée.

Au déclin de certaines fièvres graves (variole, fièvre typhoïde, scarlatine), se développent des orchites qui tantôt marchent avec lenteur, tantôt se terminent par suppuration; en pareille circonstance il s'agit d'orchites vraies et non d'épididymites. Le type de ces orchites est celle qui complique si communément les oreillons (*orchite ourlienne, orchite métastatique*).

Enfin le rhumatisme et la goutte sont susceptibles de déterminer l'inflammation du testicule, les organes urinaires étant du reste en état d'intégrité parfaite. Les orchites rhumatismales ont été signalées par BOUISSON et BESNIER, et récemment GUYOT attirait l'attention de la Société médicale des hôpitaux sur l'orchite goutteuse. RENDU, MILLARD, VALLIN ont relaté des observations de cette variété.

b. *Orchite chronique*. — CURLING et NÉLATON ont voulu faire de l'orchite chronique une entité morbide mal définie, dans laquelle se groupaient pêle-mêle toutes les hypertrophies du testicule. RECLUS, désireux d'éclaircir un peu ce sujet, propose d'appliquer le nom d'orchite chronique aux transformations fibreuses et scléreuses de la glande, consécutives aux inflammations aiguës. Comme le fait remarquer judicieusement cet auteur, il n'est pas admissible que l'inflammation chronique se traduise du côté du testicule par une augmentation de volume alors que, dans toutes les autres glandes, semblable processus détermine toujours la sclérose et l'atrophie. De là cette définition : « L'orchite chronique est la sclérose du testicule. »

Ainsi posée, la question se trouve notablement simplifiée, il nous est facile d'énumérer les causes qui entraînent l'atrophie de l'organe. En première ligne nous devons placer les traumatismes de tout genre, puis les inflammations survenant sous l'influence d'un état général (fièvres graves, oreillons); signalons aussi l'influence spéciale de la syphilis. L'orchite scléreuse pourrait encore se montrer à la suite de l'inflammation aiguë de la blennorragie, ce serait toutefois une terminaison exceptionnelle; on a accusé enfin la continence prolongée et les excès vénériens de produire l'atrophie du testicule.

C. — ÉPIDIDYMITE. — ORCHITE BLENNORRAGIQUE

SYNONYMES. — Gonnorrhée ou chaudepisse tombée dans les bourses, testicule vénérien, hernie humorale (auteurs anglais). — Didymite, vaginalite blennorragique

Bibliographie. — GAUSSAIL, *Arch. gén. de méd.*, 1831. — ROCHOUX, *cod. loc.*, 1833. — MARC D'ESPINE, *Mém. de la Soc. méd. d'observation*, 1837. — RICORD, BOUVIER, ROUX, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1838. — AUBRY, *Arch. gén. de méd.*, 1841. — GAY, *The Lancet*, 1844. — VELPEAU, *Gaz. des Hôp.*, 1847. — GOSSELIN, *Arch. gén. de méd.*, 1847 et 1853. — VIDAL (de Cassis), *Ann. des maladies de la peau*, 1850-1851. — PETER, *Union méd.*, 1856. — GODARD, *Comptes rendus de la Soc.*

de biol., 1857. — BOUISSON, *Montpellier méd.*, 1866. — ROYER, *cod. loc.*, 1866. — AL. FOURNIER, art. BLENNORRAGIE, in *Dict. de méd. et de chir. prat.* — LIÉGEOIS, *Ann. de dermat.*, et *Soc. de chir.*, 1869. — DIDAY, *Ann. de dermat. et syph. de Doyon*, 1869. — MAURIAC, *Étude sur les névralgies réflexes*, Paris, 1870. — TACHARD, *Revue méd. de Toulouse*, 1873. — GOSSELIN, *Clin. de la Charité*, 2^e édit., 1873. — HORAND, *Mém. de la Soc. des sciences méd. de Lyon*, 1877. — GALLIARD, *Gaz. méd. de Paris*, 1878. — TERRILLON, *Arch. de phys.*, 1880. — *Ann. de dermat.*, 1880, et *Soc. de chir.*, 1881.

Thèses de Paris. — 1854, CARON. — 1857, MONDELET. — 1858, COGOMBLES. — 1859, BACHELOT, JOUCAS. — 1860, HARDY. — 1864, POPPESCO. — 1866, DELAPORTE. — 1870, PAQUELIN. — 1871, DARVARIS. — 1874, ZAPATA. — 1878, DREY. — 1879, MICKANIEWSKI. Thèses de Strasbourg. — 1857, PARIS. — 1861, BOUCHER. — 1865, DISSAUX. Thèses de Montpellier. — 1854, MICHEL. — 1863, KAVALERSKI. — 1881, MEINADIER.

De toutes les variétés d'orchite, celle qui se développe sous l'influence de la blennorragie paraît la plus commune, il est rare que le testicule lui-même soit envahi, habituellement la phlegmasie se limite à l'épididyme; pour ce motif il vaut mieux se servir du mot « épididymite » que de celui d'orchite. Si par exception le testicule se trouve intéressé, on peut être certain que l'épididyme a été atteint tout d'abord; en pareille occurrence l'affection prend le nom d'*orchito-épididymite*.

Fréquence. Époque d'apparition. — Bien qu'il soit difficile d'établir des statistiques faisant connaître la proportion d'orchites relativement au nombre des blennorragies, FOURNIER pense que l'orchite est à la blennorragie dans le rapport de 1 : 9. Cette complication se montre de préférence de la troisième à la sixième semaine qui suivent l'apparition de l'écoulement, elle est exceptionnelle pendant la période aiguë du mal. La maladie, d'ordinaire unilatérale, occupe aussi bien le côté gauche que le côté droit.

Étiologie. — La blennorragie suffit seule à déterminer l'orchite, on a vu en effet cette complication survenir chez des sujets qu'une maladie intercurrente avait forcés à garder le lit; mais dans la majorité des circonstances, l'orchite succède à une cause occasionnelle; traumatismes, abus alcooliques, reprise prématurée du coït, masturbation, marche forcée, équitation, fatigue corporelle. Comme dans l'étiologie de la blennorragie, les prédispositions individuelles jouent ici un grand rôle.

Symptômes. Signes locaux. — L'épididymite est annoncée par une sensation de pesanteur du côté des bourses et souvent par une douleur fixe localisée au-dessus de l'aîne, au niveau de l'orifice profond du canal inguinal. Cette douleur qui s'irradie vers la fosse iliaque et la région rénale gêne beaucoup la marche, toutefois elle diminue si l'on comprime fortement la paroi abdominale en ce point. Bientôt la souffrance se propageant au testicule force le malade au repos; son intensité varie notablement; dans quelques observations les crises se succèdent sans laisser aucune trêve au patient, un gonflement rapide se produit du côté de la glande, la région scrotale devient chaude, tendue, douloureuse à la moindre pression. Tantôt un épanchement abondant distend la vaginale qui forme une tumeur fluctuante, ou bien il n'y a pas de vaginalite et il est possible d'explorer les diverses parties de l'organe. Le gon-

nement siège de préférence sur l'épididyme, qui forme en arrière du testicule sain une masse dure, coiffant la glande à la manière d'un cimier de casque ; parfois l'épididyme se trouve situé en avant, il faut être prévenu de ces inversions pour éviter les causes d'erreur. Le canal déférent participe lui aussi au travail inflammatoire ; il est alors augmenté de volume, douloureux à la pression et transformé en une sorte de tige rigide étendue de la queue de l'épididyme jusque dans l'aîne, cette tige offre le volume d'une baguette de fusil ou même celui du petit doigt. Tant que le processus intéresse seulement le canal déférent, la palpation permet de reconnaître les autres éléments du cordon, mais chez quelques malades ces diverses parties sont englobées par le travail pathologique (*orchite funiculaire* ou *funiculite*).

Il existe un épanchement du côté de la vaginale, les phénomènes douloureux acquièrent une grande intensité et s'accompagnent de vomissements, de syncopes ; par contre une simple ponction avec une lancette atténuée sur le champ les symptômes morbides.

A la suite de la funiculite on a vu le processus inflammatoire gagner les vésicules séminales et retentir sur le péritoine (VELPEAU, FAUCON). La glande séminale elle-même participe rarement à ces désordres ; lorsqu'elle est envahie, les lésions se localisent dans le parenchyme, et la tunique albuginée étant inextensible si la réaction est violente, la compression déterminera la mortification du tissu qui s'élimine par suppuration.

Enfin, les enveloppes scrotales sont aussi susceptibles de s'enflammer, le scrotum devient alors rouge, tendu, luisant, ses plis sont effacés, il conserve l'impression du doigt.

Symptômes généraux. — Dans la majorité des cas les symptômes généraux sont peu accentués, ce travail pathologique peut même être absolument apyrétique ; chez quelques individus à tempérament nerveux, toutefois, la souffrance présente un caractère d'acuité extraordinaire.

Marche. Terminaison. — Les douleurs s'apaisent vers le cinquième ou le sixième jour, la tuméfaction diminue, et la résolution est complète dans le cours de la troisième semaine. La guérison se trouve maintes fois retardée par des rechutes dues à l'imprudence du malade, qui reprend prématurément ses occupations ou se livre trop tôt au coït ; cette deuxième atteinte s'accompagne de phénomènes moins graves que la première. Dans certains cas c'est l'épididyme resté sain qui est envahi à son tour par le processus, et de rares observations montrent que les deux épididymes peuvent se prendre alternativement jusqu'à deux fois (épididymite à bascule de RICORD).

Résolution ne saurait vouloir dire ici *restitutio ad integrum* ; l'épididyme engorgé diminue des deux tiers, mais il faut un laps de temps considérable pour que l'organe revienne à son état normal ; des mois, des années après la maladie, on retrouve encore un noyau induré au niveau de la queue de l'épididyme ; nous devons signaler la continuation de douleurs névralgiques tenaces et persistantes. La suppuration est exceptionnelle.

Anatomie pathologique. — Un petit nombre d'auteurs, GAUSSAIL, MARCÉ, PETER, GODARD, HARDY, etc., ont pu examiner les organes génitaux de sujets qu'une maladie intercurrente avait enlevés au cours d'une blennorragie ; leurs

observations et les recherches expérimentales de MALASSEZ et TERRILLON vont nous permettre d'établir les lésions anatomiques de l'épididyme blennorragique. Le canal déférent est augmenté de volume, ses parois sont épaissies, sa cavité diminuée, sa surface rouge (GAUSSAIL) ; dans un fait relaté par HARDY, il adhérait aux éléments du cordon et présentait un volume double de celui du côté sain. DELAPORTE, PETER signalent l'inflammation du tissu cellulaire périphérique compris dans l'intérieur de la tunique fibreuse commune.

Du côté de l'épididyme, existe un gonflement uniforme qui transforme cette partie en une masse dure montrant à la coupe une surface jaunâtre. « On reconnaît sur la coupe que les circonvolutions alternes du canal déférent et du commencement de l'épididyme sont très distinctes ; chacune d'elles est augmentée de volume de manière à avoir trois ou quatre fois plus d'épaisseur que dans l'état normal ; il semble en outre que ces circonvolutions, au lieu d'être creuses, soient remplies d'une matière jaune qui ait pris place tout à la fois de la cavité et de la paroi » (MACÉ). Ce qui domine, en effet, dans l'épididymite pendant la période aiguë, ce sont les lésions épithéliales. Dans leurs expériences, MALASSEZ et TERRILLON ont vu les tubes agrandis présenter du côté de l'épithélium qui tapisse leur face interne des lésions variables : « L'épithélium, disent ces auteurs, semble traversé par de petites cellules (cellules lymphatiques ou cellules embryonnaires) que l'on trouve soit à la surface, soit dans les interstices. Il laisse exsuder une sorte de matière qui va avec les cellules migratrices se mêler au sperme. En même temps l'épithélium perd successivement ses cils ; son plateau se transforme en un épithélium cylindrique ordinaire, devient de plus en plus régulier et prend enfin les caractères de l'épithélium embryonnaire. »

Au niveau de ces noyaux dont nous avons signalé la persistance, « la muqueuse de l'épididyme offre le volume d'une noisette, elle est très adhérente à la tunique vaginale ; à la coupe on voit que le tissu cellulaire qui réunit les circonvolutions est induré et infiltré de matières blanchâtres analogues à la lymphe plastique, le canal de l'épididyme a subi les mêmes altérations que le canal déférent, ses parois sont épaissies et offrent un aspect lardacé » (HARDY).

MALASSEZ et TERRILLON ont retrouvé ici encore des lésions analogues, ils ont vu sur des pièces recueillies deux ou trois mois après la cautérisation du canal déférent « apparaître dans un certain nombre de tubes de la queue de l'épididyme sous l'épithélium, un tissu fibreux, dense, lamelleux, qui envahit la tunique musculaire et finit par la détruire complètement, en sorte que la paroi musculaire de ces tubes se trouve remplacée par une paroi fibreuse. Cette néoformation est évidemment le résultat de la persistance de l'inflammation qui d'aiguë et de superficielle qu'elle était, est devenue tout à fait chronique et finit par porter son action sur le tissu sous-jacent à l'épithélium. »

Du côté de la vaginale on trouve toujours des traces d'inflammation localisée de préférence au niveau de l'épididyme, les lésions produites persistent souvent, et, d'après certains auteurs, seraient susceptibles de devenir ultérieurement l'origine d'hydrocèles.

Pathogénie. — La doctrine de la métastase et celle de la sympathie ou

synergie organique sont aujourd'hui tombées dans l'oubli, la majorité des chirurgiens pensent que l'orchite résulte de la *propagation de l'inflammation de l'urètre au testicule par continuité des tissus*. Débutant par la fosse naviculaire, la blennorrhagie s'étendrait insensiblement du méat aux parties profondes, puis après avoir traversé les portions membraneuses et prostatiques, gagnerait un des canaux déférents, descendrait de proche en proche dans la bourse et envahirait finalement l'épididyme.

Cette théorie fort séduisante soulève nombre d'objections. Nous avons dit, en effet, que dans la blennorrhagie le processus inflammatoire dépassait rarement le collet du bulbe; en outre, dans un grand nombre de cas, l'épididyme est envahi pendant que le canal déférent reste absolument intact. Si l'on en croit DESPRÈS, qui a réédité une hypothèse émise autrefois par ASTRUC, l'épididymite résulterait de la rétention du sperme; toutefois une cause occasionnelle, coup, refroidissement, fatigue, serait nécessaire pour déterminer l'apparition du mal. Avec FOURNIER nous préférons voir dans cette manifestation « l'analogie de ces accidents qui se produisent à distance sur des points éloignés du canal et qui, de toute évidence, ne reconnaissent pas l'irradiation inflammatoire pour origine (arthropathies, fluxions des gaines tendineuses, des bourses muqueuses). Dans une leçon faite à la Charité en 1883, DIDAY regarde l'épididymite comme une complication de nature rhumatismale.

Pronostic. — D'une manière générale le pronostic de l'épididymite est bénin, l'organe revient peu à peu à ses dimensions primitives et après un laps de temps variable la guérison est complète; mais, par le fait d'une première épididymite, le malade conserve une véritable aptitude à la récurrence à chaque nouvelle blennorrhagie. De plus les recherches de GOSSELIN, LIÉGEOIS, GODARD, ont montré que le sperme sécrété par l'organe atteint ne contenait plus de spermatozoïdes: à la suite d'une épididymite double, il y aurait donc une véritable stérilité; heureusement « cette stérilité n'est jamais que temporaire, il est même exceptionnel qu'elle devienne définitive » (FOURNIER). L'atrophie paraît rare à la suite de l'orchite d'origine blennorrhagique.

Traitement. — La médication doit être entièrement subordonnée à l'intensité des symptômes pour les épididymites légères qui sont les plus communes; le malade gardera le lit, ses testicules élevés à l'aide d'un tampon ou reposant sur une planchette mise en travers des cuisses, seront recouverts de cataplasmes et mieux, comme le conseille BESNIER, de compresses imbibées dans une infusion chaude de feuilles de belladone (15 grammes de feuilles pour un litre d'eau). Si au lieu d'être modérée l'inflammation très intense s'accompagne de vives douleurs, on appliquera bien exactement sur le trajet du cordon six à huit sangsues.

Pendant les premiers temps existe toujours une constipation assez vive qui sera combattue par un lavement avec addition de 40 grammes de miel de mercuriale tous les jours ou tous les deux jours; il convient d'éviter les purgatifs salins dont l'action augmente la congestion des organes. Quelquefois les souffrances reconnaissent pour cause l'accumulation exagérée de liquide dans la vaginale, il suffit d'une légère ponction pour lui donner issue; dès que l'inflammation a diminué, le patient, muni d'un bon suspensoir ouaté qui lui

tiendra les testicules appliqués contre le pubis, commencera à se lever.

LANGLEBERT à Paris, MORAND à Lyon, TÉDENAT à Montpellier recommandent d'intercaler entre l'ouate et le suspensoir un morceau de toile caoutchoutée et d'exercer une compression énergique; à l'aide de cet appareil, employé dès le début de l'orchite, ces chirurgiens permettent au malade de vaquer à ses occupations ordinaires; grâce à la compression et à une immobilisation parfaite, la douleur serait supprimée et la plaque de caoutchouc, procurant une sudation abondante, activerait la résolution. Des bains prolongés agissent dans un sens analogue, cet adjuvant ne sera pas négligé.

L'inflammation du testicule lui-même nécessite une intervention des plus actives, en pareille occurrence c'est au froid, à la glace que l'on doit s'adresser; deux vessies de porc garnies de fragments de glace, sont placées l'une au-dessus de l'autre au-dessous de l'organe; « en trois quarts d'heure ou une heure la souffrance est calmée » (DIDAY). Ce moyen, préconisé à l'exclusion de tout autre par le professeur de Lyon, nous paraît préférable au débridement, opération douloureuse qui expose à l'exfoliation de l'organe, à l'issue des tubes séminifères, par suite à l'atrophie de la glande. L'usage du froid doit être continué au moins pendant douze heures après la cessation des douleurs; si celles-ci reparaissent, la glace sera appliquée de nouveau.

§ 4. — Tumeurs du testicule

1° FONGUS BÉNIN

Si, par une cause quelconque, le testicule enveloppé de la tunique albuginée sort par une solution de continuité du scrotum, sa surface ne tarde pas à se recouvrir de bourgeons charnus; ils forment bientôt une sorte de petite tumeur qui constitue le *fongus superficiel*.

Supposons maintenant que la tunique albuginée soit rompue, les tubes séminifères feront hernie à l'extérieur et des bourgeons charnus prendront naissance sur le parenchyme testiculaire lui-même: il y aura alors un *fongus profond ou parenchymateux*. JARJAVAY, dans un mémoire sur ce sujet, propose de réunir ces deux tumeurs sous le qualificatif de *fongus bénin*, afin de les distinguer des végétations cancéreuses.

Bien que depuis les travaux de BERTRANDI, de LAWRENCE et de COOPER, la plupart des auteurs aient cru devoir regarder le fongus comme une tumeur spéciale, nous rompons ici avec la tradition. Personne n'a jamais eu l'idée de décrire dans le chapitre des tumeurs les bourgeons charnus qui se développent dans la profondeur d'une plaie ou d'une solution de continuité des membres; dès lors, pourquoi adopter une manière de faire nouvelle à propos des plaies du testicule? Le fongus n'est pas une entité morbide spéciale, mais bien la conséquence forcée de la hernie du testicule, quel qu'en soit du reste l'origine; il existerait ainsi un fongus syphilitique, un fongus tuberculeux, etc. On a essayé de décrire sous ce nom quelques néoplasmes; il nous paraît impossible d'accorder les opinions des différents auteurs sur ce sujet.

2° SYPHILIS DU TESTICULE

Bibliographie. — A. COOPER, *Œuvres chir.*, trad. franç., Paris, 1837. — RICORD, *Traité pratique de l'inoculation*, Paris, 1838, et *Bull. de thérap.*, 1840; *Journ. de chir. de Malgaigne*, 1843 et *Gaz. des Hôp.*, 1845. — DE CASTELNAU, *Ann. des maladies de la peau, de Cazenave*, 1843. — VIDAL (de Cassis), SUNTER, *eod. loc.*, 1845. — HÉLOT, *Journ. de chir. de Malgaigne*, 1846. — BLOT, *Gaz. méd. de Paris*, 1849. — NÉLATON, *Ann. des maladies de la peau, de Cazenave*, 1851. — ROLLET, *Mém. sur, etc.*, Lyon, 1858. — DRON, *Arch. gén. de méd.*, 1863. — HUBER, *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1869. — LANCEREAUX, *Traité de la syphilis*, 1874. — FOURNIER, *Ann. de dermat.*, et *Mouvement méd.*, 1875. — DUPLAY, *France méd.*, 1876. — HUTINEL, *Revue mensuelle de méd. et chir.*, 1878. — HUTCHINSON, *Med. Times and Gaz.*, 1878. — MALASSEZ et RECLUS, *Arch. de phys.*, 1881. — RECLUS, *Gaz. heb.*, 1881, et *Syphilis du testicule*, 1882. — REYNIER, *Arch. gén. de méd.*, avril 1879, et mai 1882. — TÉDENAT, *Montpellier méd.*, 1881. — ZEISSL, *Lerbuch. für Syphilis*, 1882. — RECLUS, *Critiques et clin. chir.*, 1883. — A. BROCA, *Gaz. heb.*, 1883. Thèses de Paris. — 1854, CALVO. — 1855, LEBRUN, LEJEAL. — 1858, VENOT. — 1861, DESPRÉS. — 1876, BALME. — 1877, GALESICO. — 1880, BOURSIER. — 1881, MINIÈRE. — 1883, ROHMER (Agrég.).

L'étude des altérations syphilitiques du testicule est de date relativement récente; au commencement de notre siècle, les travaux de BALFOUR, SWEDIAUR, HERNANDEZ, attirent l'attention sur ce sujet; puis A. COOPER, essayant de localiser les lésions, pense « que le virus affecte l'albuginée et ses prolongements fibreux, non la partie tuberculeuse de l'organe ». DUPUYTREN, BOYER, ROUX, VELPEAU examinent spécialement les symptômes de la maladie et tentent de la différencier d'avec les affections similaires de l'organe. RICORD (1840) présente une description remarquable des altérations syphilitiques du testicule, montre l'épaisseur de l'albuginée, les indurations fibreuses qui se développent au milieu du parenchyme, insiste sur les gommages qui peuvent s'enflammer et suppurer; mais après avoir établi la pathogénie des gommages, en 1845, par un revirement d'idées inexplicable, il formule cette loi générale à laquelle, dit-il, aucun cas ne se dérobe: « Le testicule syphilitique ne suppure jamais. » A cette époque RICORD professe encore l'intégrité absolue de l'épididyme et du canal déférent en présence des lésions spécifiques; sous l'influence de ces idées du maître, la suppuration gommeuse semble rayée de la pathologie. VIRCHOW, LANCEREAUX, CORNIL et RANVIER, CULLERIER, FOURNIER admettent l'existence de gommages du testicule, ces divers auteurs refusent toutefois à cette gomme le droit de se ramollir. « On n'a pas d'observation positive de suppuration et d'ouverture à l'extérieur de gommages du testicule » (CORNIL et RANVIER). Seul KOCHER (de Berne) (art. HODEN du *Compendium* de PITHA et BILLROTH) conteste formellement les assertions précédentes, et déclare avoir vu plusieurs cas où il y avait suppuration et ulcération. Les observations de RÉGNIER, les recherches anatomo-pathologiques de BRISSAUD, MALASSEZ, publiées dans le travail de RECLUS et reproduites dans la thèse de ROHMER, ont révélé la struc-

ture intime des gommages et établi d'une manière indiscutable que ces productions sont susceptibles de s'ulcérer. Ces gommages ulcérés, *fongus d'origine syphilitique*, avaient été pendant longtemps confondus avec les gommages d'origine tuberculeuse (*fongus tuberculeux*).

Les assertions de RICORD, relativement à l'intégrité absolue et permanente du canal déférent et de l'épididyme pendant le cours de la syphilis, étaient tout aussi erronées; ce fait universellement admis de nos jours a été établi par les travaux de DRON, FOURNIER et BALME.

A. — ÉPIDIDYMITE SYPHILITIQUE

En 1863, DRON (de Lyon) affirme l'existence des lésions syphilitiques de l'épididyme; s'appuyant sur des observations nettes et précises, cet auteur montre que dans les formes graves de la vérole il peut se développer « une tumeur indolente, dure, de petit volume, à surface inégale et bosselée, occupant la tête de l'épididyme, isolée du testicule et coïncidant avec les accidents secondaires ou tertiaires tardifs ».

Cette opinion n'est pas acceptée sans conteste, SIGMUND et KOCHER nient formellement la localisation sur l'épididyme; néanmoins en 1876, BALME, élève de FOURNIER, reprend cette idée. Depuis cette époque RECLUS, KIRMISSON, TÉDENAT ont publié des observations incontestables d'épididymites syphilitiques.

Relativement à l'apparition de cette manifestation, les auteurs précédents paraissent moins d'accord; d'après DRON, il s'agit d'un accident tardif de la période secondaire et plutôt d'une lésion tertiaire. FOURNIER et BALME insistent sur la précoce apparition du mal et transforment le nom d'épididymite syphilitique en celui d'épididymite secondaire. En dépouillant les observations de la thèse de BALME, on voit bien que l'épididymite s'est produite huit fois entre deux et quatre mois, mais elle s'est montrée six fois entre le cinquième et le quatorzième, huit fois entre deux et huit ans, une fois quinze ans après le début de l'affection; chez le malade de KIRMISSON le chancre remontait à quatre ans; dans un fait de TÉDENAT, il datait de cinq ans; les trois syphilitiques de RECLUS étaient en puissance de diathèse, l'un depuis seize mois, l'autre depuis deux ans et le troisième depuis douze ans; aussi ce dernier auteur repousse-t-il entièrement l'opinion de FOURNIER.

L'épididymite syphilitique se développe habituellement d'une façon insidieuse; c'est par hasard que les malades s'aperçoivent de la présence d'une petite tumeur dans l'un, et plus communément dans les deux épididymes. Les indurations se localisent de préférence au niveau de la tête de l'épididyme et, comme le dit FOURNIER, « par son volume, sa forme, sa consistance, cette nodosité représente assez bien ce que serait un pois, un haricot introduit dans un épididyme sain ».

Dans six (6) cas sur dix-neuf (19) une infiltration diffuse occupait toute la région, toutefois l'engorgement du globus major était toujours plus marquée. Ces dépôts n'entraveraient en rien les fonctions séminales; DRON a trouvé des spermatozoïdes dans le sperme d'un individu dont les deux épididymes étaient intéressés.