

Le traitement spécifique a rapidement raison de cette manifestation qui guérit sans laisser de trace.

## B. — SARCOÈLE SYPHILITIQUE

On connaît deux formes distinctes de sarcocèle syphilitique. « La première ne suppure jamais; au contraire, dans quelques cas assez rares d'ailleurs, les dépôts de la seconde se ramollissent et s'évacuent à travers une ulcération du scrotum; une fistule ou un fungus peuvent être la cause de cette solution particulière » (RECLUS).

**Fréquence. Moment de l'apparition.** — D'après les statistiques de FOURNIER, JULLIEN, TÉDENAT, un syphilitique sur trois environ aurait des accidents du côté du testicule.

Le sarcocèle constitue un accident du début de la syphilis tertiaire. « Inconnue en effet dans le premier semestre de la maladie, cette lésion est même assez rare dans le second. Après la première année elle devient bien plus commune, au point que c'est dans la deuxième, la troisième, la quatrième année qu'elle atteint son maximum de fréquence. Passé ce terme sa fréquence diminue de plus en plus, il n'est pas très rare cependant de la constater de la cinquième à la dixième année » (FOURNIER).

Il ne faut pas croire que le sarcocèle syphilitique soit simplement un effet de la vérole acquise, car on le rencontre aussi chez les enfants en bas âge, il se présente alors comme une manifestation de la vérole héréditaire; d'après PARROT et HUTINEL, cette forme aurait été observée dans plus du tiers des cas chez les jeunes syphilitiques.

**Causes occasionnelles.** — Si les syphilitiques hommes de cabinet, dit VALETTE (de Lyon), meurent de syphilis cérébrale, les vérolés entachés du vice de paillardise sont menacés de syphilome testiculaire (TÉDENAT). L'influence des excès vénériens est invoquée par tous les auteurs; RICORD insiste beaucoup sur l'action des inflammations anciennes, des vieilles épididymites blennorragiques; les traumatismes agissent de la même manière.

Dans la majorité des circonstances la maladie apparaît spontanément et s'établit d'une façon insidieuse.

**Anatomie pathologique.** — a. *Examen microscopique.* — Le testicule sclérosé est au début massif, lourd; son parenchyme rose, charnu, résiste à une traction énergique; peu à peu la tunique albuginée s'épaissit, ainsi que les cloisons fibreuses transversales qui dans une glande normale séparent les cônes de la substance séminifère. Le processus n'a pas toujours envahi la glande dans sa totalité; fréquemment certaines parties restent saines, échappant à la tuméfaction d'abord, à l'atrophie plus tard, de là résultent des dépressions et des saillies qui donnent à la glande une apparence lobulée.

Souvent aussi des gomme coexistent avec la sclérose (testicule sclérogommeux); à la coupe on trouve, à côté des tractus fibreux précédemment signalés, des noyaux gommeux plus ou moins abondants; « parfois un seul occupe le centre, parfois il en existe deux, trois, cinq, même dix, séparés les uns des autres par des tissus sclérosés » (RECLUS).

Ces gomme ont toutes les mêmes dimensions, leur volume habituel égale celui d'un pois ou d'une noisette; quelques-unes se substituent entièrement au parenchyme, d'autres forment le long des vaisseaux un petit amas cellulaire que révèle seul l'examen histologique.

Pendant les premiers temps de leur développement, les gomme sont d'un gris jaunâtre, un peu chatoyant; en vieillissant elles peuvent se résorber, laissant à leur place des cicatrices blanchâtres; d'autres fois elles subissent la régression granulo-graisseuse, se ramollissent et arrivent à constituer une cavité remplie d'une substance molle, nageant dans un fluide puriforme.

L'épididyme se trouve dans certains cas envahi simultanément, ses lésions ne diffèrent pas de celles que nous venons de décrire. Signalons encore une série d'altérations du côté de la vaginale; tout d'abord celle-ci est le siège d'un épanchement assez abondant, plus tard le liquide se résorbe, ses deux feuillets s'épaississent, se fusionnent, enserrant la glande qui ne peut être dégagée que par une dissection attentive.

b. *Examen microscopique.* — A l'origine de la période scléreuse, le microscope laisse voir les tubes séminifères séparés par du tissu fibreux en voie de formation. Le diamètre de ces tubes a diminué et cependant leurs parois sont épaissies, l'hypertrophie portant sur les deux tuniques; la lumière du vaisseau ne tarde pas à disparaître; des altérations analogues se remarquent sur les parois des artères et des veines dont la tunique externe s'hypertrophie en même temps qu'une prolifération très marquée se voit du côté des tissus sous-endothéliaux, les tuniques musculaires sont aussi le siège de lésions fort manifestes. « En résumé la sclérose du parenchyme testiculaire se traduit par la prolifération du tissu interstitiel et par la transformation des tubes séminifères et des vaisseaux en de véritables cordons fibreux, et dont les limites deviennent peu à peu indistinctes et finissent par se confondre avec la trame conjonctive qui les enveloppe; à cette période ultime le tissu n'est plus reconnaissable, c'est une masse résistante comme un tendon » (RECLUS).

Disséminées au milieu de ce tissu, les gomme ont un aspect fort différent suivant les points soumis à l'examen. Ici on trouve de petites cellules rondes à protoplasma peu abondant formant des nodules placés au milieu du tissu interstitiel, tandis que nous verrons le nodule tuberculeux s'agglomérer autour des canalicules; ailleurs les nodules renferment des éléments volumineux avec un ou deux noyaux sphériques ou ovoïdes, à protoplasma finement granuleux. Cette deuxième variété représente un degré de développement plus avancé du mal.

L'agglomération de ces dépôts donne naissance à des masses caséuses dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une noisette (gomme). Ces gomme présentent une partie centrale caséifiée, enveloppée par une zone périphérique, dans laquelle les altérations fibreuses des vaisseaux et des tubes séminifères sont plus intenses que dans le reste du parenchyme. Il semblerait qu'il s'est formé en ce point une sorte de membrane d'enkystement.

**Symptômes.** — Le sarcocèle syphilitique, en effet, est une dégénérescence qui

se prépare et s'opère à froid, d'une façon indolente, phlegmasique, latente » (FOURNIER). Quelques malades cependant sont avertis du début de leur affection par une sensation de pesanteur, des douleurs constrictives du côté des bourses accompagnées d'irradiations vers les lombes; dans un petit nombre de cas, une orchite aiguë a marqué l'apparition du mal qui reprend ensuite sa marche lente.

L'examen des parties ne révèle rien d'anormal du côté du scrotum; fait important, la vaginale contient presque toujours un liquide limpide et clair dont la quantité n'est jamais très abondante.

Doublee, triplée de volume, la glande garde sa forme normale. « La consistance du testicule est ligneuse, le doigt ne peut en déprimer la surface. L'organe n'est pas constamment envahi dans sa totalité, et lorsqu'une partie de la substance conserve sa structure primitive, on trouve à côté des parties molles des noyaux d'une extrême dureté, ce sont des gomme enfoncées au milieu du parenchyme » (RECLUS). En glissant doucement le doigt sur la tumeur on perçoit à la surface de l'albuginée des plaques dures, étalées, au niveau desquelles la pression révèle une résistance spéciale; suivant l'expression de FOURNIER, cette membrane paraît blindée d'une lame de cartilage. Plus souvent l'albuginée est soulevée par des noyaux gommeux représentant à peu près « ce que seraient des têtes d'épingles, des grains de plomb, ou de petites noisettes incorporées à la substance testiculaire » (FOURNIER).

Dans un tiers des observations, des noyaux durs se localisent dans la tête ou la queue de l'épididyme, le corps restant indemne d'ordinaire.

Nous devons encore signaler l'indolence absolue du sarcocèle syphilitique, indolence telle qu'une pression forte, même brutale, ne provoque aucune sensation pénible. Notons enfin une tendance remarquable de l'affection à devenir bilatérale.

Tant que les lésions occupent un seul testicule, les désirs vénériens ne subissent aucune modification, ils diminuent au contraire notablement lorsque les deux glandes sont envahies; à un degré avancé les malades deviennent complètement impuissants; alors « si l'on a l'occasion d'examiner la liqueur spermatique, on la trouve aqueuse, fluide, mal liée, transparente, pauvre en spermatozoïdes, ou même absolument privée de ces animalcules; mais si cela s'observe, cela est rare, bien plus rare qu'on ne le dit ou qu'on ne saurait le croire *a priori* » (FOURNIER).

**Marche. Terminaison.** — Abandonné à lui-même, le sarcocèle syphilitique conduit facilement à l'atrophie de l'organe. Le testicule, qui avait tout d'abord augmenté de volume, se rétracte peu à peu, et à la longue se trouve réduit au volume d'une noix, d'un haricot. Tel est, avec la guérison sous l'influence d'un traitement approprié, le seul mode de terminaison admis par nombre d'auteurs; dans un article récent, GOSSELIN déclare ne pas être bien sûr d'avoir rencontré un seul exemple de suppuration du testicule syphilitique pendant le cours de sa longue carrière; nous avons vu, au contraire, qu'il existait dans la science nombre d'observations de cette nature; aussi RECLUS n'hésite pas à admettre trois modes de terminaison pour cette maladie: l'atrophie de la glande, le ramollissement, la formation de *fistules* et de *fongus*.

**Diagnostic.** — Arrivée à la période hypertrophique, l'orchite scléreuse se reconnaît sans difficulté; le mode de développement de la maladie, la présence d'un épanchement dans la vaginale, l'augmentation de volume de la glande, la sensation de pesanteur, l'aspect spécial de l'albuginée, la coexistence fréquente d'autres manifestations syphilitiques, et à leur défaut les antécédents du malade attirent l'attention du chirurgien.

Deux affections ont principalement donné lieu à des erreurs de diagnostic: le sarcocèle tuberculeux et le cancer du testicule.

La tuberculose génitale présente cependant nombre de caractères particuliers; l'épididyme et le cordon sont presque toujours envahis, les altérations moniliformes de ce dernier sont même pathognomoniques. Rappelons enfin l'existence de lésions analogues du côté de la prostate et des vésicules séminales.

Il est bien autrement difficile de différencier le syphilome d'avec les tumeurs malignes; ces dernières sont toutefois moins dures, n'affectent qu'une seule glande, déterminent des douleurs que la pression augmente encore, retentissent sur les ganglions. En cas de doute, le chirurgien ne doit jamais prendre une décision sans avoir essayé le traitement spécifique.

**Pronostic.** — Le pronostic de la syphilis du testicule serait fort grave si nous ne possédions les moyens d'enrayer le processus atrophique. « Le sarcocèle syphilitique est une lésion qui guérit merveilleusement, miraculeusement sous l'influence de la médication spécifique » (FOURNIER). GOSSELIN ajoute: « Elle guérit toujours presque à coup sûr. »

**Traitement.** — Le médicament par excellence est l'iode de potassium, donné à dose massive. Dès le début le malade en prendra 2 grammes, et quotidiennement la dose sera augmentée de 0<sup>gr</sup>,50 jusqu'à ce qu'elle atteigne 5 ou 6 grammes. Nous avons vu que le sarcocèle syphilitique n'était pas forcément une complication de la période tertiaire; il y aura donc avantage à rechercher le temps écoulé depuis l'apparition de l'accident initial, car les frictions mercurielles associées à l'usage de l'iode ont été souvent très utiles.

### 3° TUBERCULOSE DU TESTICULE (SARCOCÈLE TUBERCULEUX)

**Bibliographie.** — DELPECH, *Mém. des hôp. du Midi*, 1830. — LEBERT, *Traité pratique des mal. scrof. et tuberc.*, 1849. — MALGAIGNE, ROBERT (ALPH.), *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1851. — RICORD, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1852. — DUPLAY, *Union méd.*, 1860. — BOUSSION, *Tribut à la chir.*, 1861. — SALLERON, *Arch. gén. de méd.*, 1869. — GAULE et TIZZONI, *Arch. de Virchow*, 1875. — MALASSEZ, *Arch. de phys. norm. et path.*, 1876. — DESNOS, *Soc. anat.*, 1879. — GOSSELIN, *Clin. chir. de la Charité*, 3<sup>e</sup> édit., 1879. — TERRILLON, *Bull. de thérap.*, 1882. — TERRILLON et LEBRETON, *Ann. des organes génit. urin.*, 1883. — GOSSELIN et WALTHER, art. TESTICULE, in *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1883 (Bibliogr.). — RECLUS, *Crit. et clin. chir.*, 1884. — HÈSES de Paris. — 1854, DUFOUR. — 1855, FOSSARD. — 1857, BAUCHET (Agrég.). — 1866, CASTIER, HUNIN. — 1873, AUBOIN, BARNIÈRE, MOUGIN, OKINCZIC, WÉDRINE. — 1875, SOMMELIER. — 1876, RECLUS. — 1877, HUGONNET.

**Définition.** — « On désigne sous le nom de *tubercule du testicule*, une affection à marche chronique, caractérisée par des productions de nature tuberculeuse qui se déposent dans l'épididyme, mais qui peuvent envahir d'emblée et successivement la glande tout entière. Lorsque l'affection débute par les symptômes d'une orchite franche, nous lui réservons le nom d'*orchite tuberculeuse* » (RECLUS).

**Étiologie.** — Tous les auteurs sont d'accord pour affirmer que la tuberculose du testicule est surtout fréquente de quinze à trente-cinq ans, époque de la plus grande activité de la glande; elle serait rare dans le jeune âge et dans la vieillesse.

Le sarcocèle tuberculeux est-il susceptible de se développer sur un individu dont les poumons sont absolument sains, et cette manifestation est-elle susceptible de rester isolée? Discuter cette question serait remettre en cause l'histoire des tuberculoses locales, déjà exposée dans le cours de cet ouvrage; nous nous bornerons donc à rappeler que, sous l'influence de causes prédisposantes (misère, maladies graves, fatigues excessives), maints tissus fournissent un terrain favorable à l'éclosion du tubercule, tandis que le reste de l'organisme résistera à l'invasion. Or la glande séminale ne fait pas exception à cette loi, et nombre d'observations recueillies tant sur les malades qu'à l'autopsie démentent la fameuse loi de Louis.

Après avoir ainsi débuté comme lésion isolée, la tuberculose se cantonne dans la sphère génito-urinaire, il n'est pas exceptionnel toutefois de la voir se généraliser, et cela dans un laps de temps variable avec les sujets. Les malades rattachent presque toujours l'apparition du sarcocèle tuberculeux à une cause occasionnelle (traumatismes, excès vénériens, etc.), mais, comme le fait remarquer GOSSELIN, bien souvent la tuberculose existait antérieurement et le traumatisme n'a fait que provoquer une poussée inflammatoire. Enfin la maladie provient aussi par propagation de la blennorrhée urétrale.

**Anatomie pathologique.** — Pendant le cours de la première période du mal, le scrotum ne présente d'autre altération qu'une augmentation de volume; lorsque l'affection est ancienne, on trouve d'habitude sur le scrotum, et de préférence dans son segment inférieur, plusieurs orifices fistuleux laissant échapper une sérosité purulente; ces orifices sont portés au sommet d'une saillie en cul-de-poule qui persiste tant que dure le suintement séreux. En se fermant ces fistules laissent une cicatrice déprimée, de laquelle part un cordon fibreux que l'on suit jusque sur la glande. Les altérations de la vaginale paraissent communes, on constate tantôt l'adhérence des deux feuillets, tantôt une hydrocèle abondante. Ces cas extrêmes sont rares, communément la cavité se trouve cloisonnée par des néo-membranes, renfermant du liquide enkysté. Une vascularisation intense se remarque à la surface de cette séreuse sur laquelle nous avons déjà signalé un semis de granulations grises. Il est absolument exceptionnel, d'après GOSSELIN, que le testicule soit pris, l'épididyme restant indemne, mais le contraire se voit de temps à autre; sur trente-quatre (34) examens anatomiques, en effet, RECLUS a trouvé vingt-sept (27) fois des tubercules de l'épididyme et du testicule, sept (7) fois des tubercules de l'épididyme seul.

Cette partie de l'organe contient généralement quelques noyaux disséminés et siégeant aussi bien à la tête qu'à la queue, ou bien l'épididyme est enveloppé par une masse de tissu conjonctif qui sur le vivant en masque les dépressions et les saillies; sur le cadavre, on est obligé de recourir à la dissection pour détacher cette gangue.

L'aspect de ces dépôts varie suivant leur âge. Ce sont d'abord des masses caséuses crues, à bords arrondis et parfois festonnés que limite un tissu d'apparence normale, mais dont les lobules sont le plus souvent anémiés et tassés par une prolifération lamineuse (RECLUS); à la longue ces masses se ramollissent, un travail inflammatoire fait adhérer les parois qui s'ulcèrent et laissent échapper par une ouverture fistuleuse la matière puriforme; peu à peu des bourgeons charnus comblent ces cavités, la fistule s'oblitére en laissant ces cicatrices et ces cordons fibreux que nous avons signalés.

Lorsque l'épididyme est complètement envahi, son volume se trouve augmenté au point qu'il déborde le testicule. A la coupe le parenchyme normal est remplacé par des masses caséuses circonscrites par des tractus fibreux.

Du côté du testicule les altérations sont beaucoup plus variées, on y voit des granulations et des masses caséuses. Les granulations rares ou confluentes appartiennent à la variété miliaire de VIRCHOW, ou constituent des nodules types; elles se rencontrent de préférence à la périphérie, deviennent de moins en moins nombreuses au centre, et disparaissent totalement au niveau du corps d'Hygmore. Les foyers caséux, au contraire, occupent de préférence cette région.

Autour des granulations le tissu de la glande s'indure et s'épaissit, il se fait une prolifération du tissu interstitiel qui aboutit à la sclérose complète de l'organe. Les masses caséuses, en se ramollissant, se réunissent et arrivent à constituer des collections susceptibles de rester enkystées, mais qui, d'habitude, au bout d'un certain temps, viennent s'ouvrir à l'extérieur. Ajoutons que des lésions de même nature existent sur les organes périphériques; le cordon est moniliforme, la prostate et les vésicules séminales sont envahies.

b. *Examen microscopique.* — Les recherches faites par MALASSEZ, dans ces dernières années, ont contribué pour beaucoup à élucider ce point délicat d'anatomie pathologique. Nous leur ferons de nombreux emprunts.

D'après cet auteur, les différentes formes histologiques de tubercules du testicule peuvent être groupées dans le tableau suivant :

|   |            |                               |             |                     |
|---|------------|-------------------------------|-------------|---------------------|
| Tuberculoses<br>constituées par<br>des granulations | } Isolées. | } Élémentaires ou primitives. | } Composées | } Récents.          |
|   |            |                               |             |                     |
|   |            |                               |             | } Élémentaires.     |
|   |            |                               |             | } Composés récents. |
|   |            |                               |             | } Composés fibreux. |

Les granulations primitives ou élémentaires se rencontrent sur des testicules dont les lésions ne remontent pas à plus de deux mois, elles forment de petites masses situées sur le trajet d'un tube séminifère dont il est impossible de les séparer. L'examen micrographique laisse voir une tumeur arrondie légè-

rement fusiforme; « le tube qui la porte est complètement entouré par elle, il est dilaté, ses parois et son contenu épithélial, après avoir proliféré, ont subi la dégénérescence granulo-graisseuse ». Les granulations présentent à étudier une partie centrale et une zone périphérique. La partie centrale correspondant à la lumière du tube, notablement renflée en ce point, contient une substance finement granuleuse, dérivant de l'épithélium du tube séminifère; la zone périphérique renferme des éléments embryonnaires disposés en couches concentriques, limitées par des lamelles du tissu conjonctif, son développement paraît consécutif à la dissociation et à l'épaississement des lames engainantes qui forment les parois de ces tubes, et aussi à la prolifération des cellules plates que RANVIER a signalées à leur périphérie. Sur des testicules dont les lésions sont avancées, on distingue encore à l'œil nu des noyaux plus volumineux entourés de tissu sain. Ils sont formés par une granulation primitive, qui, en se développant, a déterminé autour d'elle un travail irritatif dans les tubes voisins.

« Aussi voit-on sur les coupes de ces testicules : au centre le tube primitivement atteint, entouré de sa granulation tuberculeuse, l'un et l'autre plus ou moins dégénérés; à la périphérie une couronne de tubes altérés par le voisinage de la granulation. Il existe deux variétés de ces granulations composées. Dans la première, les tubes qui composent la zone périphérique ont un contenu épithélial ou épithélioïde, bien distinct des parois. »

« Dans la seconde, ces tubes sont complètement transformés en cordons fibreux. La première a été trouvée sur des testicules malades depuis deux mois environ, c'était donc des granulations composées récentes; la seconde a été observée sur des testicules où la tuberculose remontait à huit ou douze mois, je les ai désignées sous le nom de *granulations composées fibreuses* » (MALASSEZ).

Les dimensions des granulations fibreuses varient entre le volume d'un grain de millet et celui d'un petit pois, elles se détachent sur les couches périphériques comme une « île d'un blanc de lait » (CRUVEILHIER). Les auteurs décrivent ces granulations composées sous le nom de *granulations tuberculeuses fibreuses*. Supposons maintenant que plusieurs granulations se réunissent, et nous aurons les granulations conglomérées, qui forment des tubercules à centre caséux unique dans lesquels on voit les coupes d'un certain nombre de tubes séminifères. D'après MALASSEZ donc « les granulations siègent sur les tubes séminifères, ainsi que l'ont avancé CARSWEL, DE HERFF, HEARTH, CURLING, ANDREWS, CLARCK et VERNEUIL, mais elle se développeraient à leur surface extérieure, et non dans leur intérieur comme l'ont soutenu ces auteurs, ni dans leur tunique propre, comme VILLEMEN l'a admis. Les altérations du contenu et des parois des tubes seraient des altérations consécutives plutôt que des lésions directement tuberculeuses. »

« On trouve bien des tubercules dans le tissu conjonctif intertubulaire, mais ce serait un simple fait d'extension, ils n'y naîtraient pas, comme l'ont soutenu CRAIGIE, DEMME, VIRCHOW, VILLEMEN. »

La caséification de ces éléments peut se produire de deux façons : 1° plusieurs foyers se réunissent et constituent une masse caséuse (forme chro-

nique); 2° il se fait une poussée rapide et diffuse de granulations, les vaisseaux sanguins sont envahis et oblitérés dans une certaine zone et les tissus irrigués par ceux-ci ne pouvant plus être nourris, subissent la dégénérescence granulo-graisseuse. Ce n'est pas là une simple vue de l'esprit, ajoute RECLUS, car sur le pourtour des masses caséuses on trouve toujours une très grande abondance de *Riesenzellen*.

Au niveau du canal déférent de l'épididyme et du corps d'Hygmore, le tubercule revêt d'emblée la forme caséuse. Sur une coupe du canal déférent au niveau d'un renflement pathologique, on voit en allant du centre à la périphérie : 1° des amas de produits caséifiés; 2° une zone mixte où, avec les produits caséux, existent çà et là quelques trainées conjonctives et des faisceaux de fibres élastiques ou musculaires; grâce à ces fibres, cette couche conserve encore une résistance assez notable; 3° en se rapprochant de la périphérie les éléments du tissu normal deviennent plus nombreux et les amas caséux diminuent insensiblement. Ils disparaissent enfin avec les *Riesenzellen* qui les accompagnent, et l'on ne voit plus que des groupes de jeunes cellules disséminées entre les fibres, susceptibles de former des foyers secondaires qui vont s'ouvrir dans le foyer principal.

Les altérations de l'épididyme et du corps d'Hygmore paraissent être de même nature. Nous croyons utile, en terminant cet exposé, de reproduire les caractères distinctifs établis par MALASSEZ entre les lésions testiculaires de la tuberculose et de la vérole. « L'un et l'autre virus déterminent dans le testicule une véritable éruption consistant en petits foyers d'irritation, généralement de forme sphérique : granulation tuberculeuse élémentaire, nodule syphilitique; mais les granulations tuberculeuses ont pour point de départ presque constant le tube séminifère, le nodule syphilitique au contraire naît toujours dans le tissu interstitiel. Aussi dans la tuberculose, l'épithélium du tube prolifère, il se dilate, et, quand vient la dégénérescence, il reste dilaté comme il l'était de son vivant; et sur des coupes on finit toujours par retrouver, le ou les tubes séminifères primitivement atteints occupant le centre du conduit tuberculeux et contrastant singulièrement avec ceux des régions avoisinantes, lesquels sont au contraire atrophiés et à parois épaissies. Dans la syphilis quand le nodule est petit il n'y a jamais à son centre de tube séminifère. Si le produit syphilitique est assez volumineux pour en comprendre plusieurs, aucun d'eux n'est dilaté; ils peuvent bien être un peu plus volumineux que ceux qui se trouvent au milieu des produits, mais ils sont comme eux atrophiés, et comme eux, leurs parois sont épaissies; car avant d'être compris dans le foyer, ils avaient subi, comme le reste du testicule, l'influence des lésions interstitielles » (MALASSEZ).

**Symptômes.** — L'envahissement de la glande se fait habituellement d'une manière lente et insidieuse, dans quelques observations toutefois une épididymite franche avec douleur, rougeur des téguments, fièvre et épanchement de liquide (orchite tuberculeuse) a été le signe avant-coureur de la lésion. Parfois il y a déjà d'autres altérations de même nature du côté de la vessie, de l'urètre ou des vésicules séminales.

Le patient ne manque jamais d'attirer l'attention sur l'état de l'épididyme,