

saillir un fungus qui ne sera autre chose que le moignon du testicule désorganisé. L'évolution aura été de longue durée, et, pour y faire face, il ne suffit pas que le chirurgien soit patient, il faut que le malade ait un bon état général. S'il est affaibli, malingre, il n'y a pas à hésiter : il faut couper au plus court.

« C'est dans ce cas que la castration est indiquée. J'ai vu, à la suite de la castration, des enfants recouvrer l'appétit, reprendre des forces avec une rapidité invraisemblable, le foyer virulent qui les infectait ayant disparu.

« Chez les enfants épuisés, l'intervention radicale est, si je ne me trompe, catégoriquement indiquée, alors même que les lésions génitales ne semblent pas considérables, pourvu toutefois qu'on ait la preuve que la cachexie ne dépend pas d'une autre tuberculose viscérale et que le testicule est seul en cause (les lésions vésiculo-prostatiques sont exceptionnelles).

« Chez les enfants demeurés robustes, on peut attendre si les lésions sont peu considérables et localisées sur une portion de l'épididyme.

« Si l'épididyme est envahi totalement, comme il est probable que le testicule est aussi secondairement touché, si le mal semble prendre une allure rapide, il n'y a pas grand secours à attendre des manœuvres économiques.

« L'organe est désormais perdu ; ce n'est pas le chirurgien, c'est la tuberculose qui a accompli le sacrifice. La castration n'est, en réalité, qu'une manœuvre destinée à préserver l'organisme.

« La question du traitement de la tuberculose testiculaire bilatérale est extrêmement délicate, mais à un autre point de vue ici que chez l'adulte. Un homme ne consent pas aisément à la suppression de ses deux testicules, quelque malade qu'il les sache être ; nous avons le devoir de respecter la liberté et le droit de se laisser mourir, s'il se refuse à l'intervention. Pour l'enfant, nous devons, avant tout, songer à la conservation de la vie, même au prix de l'émasculatation. On pourra opérer d'abord l'organe le plus malade et attendre, pour voir si l'état de l'autre ne s'améliore pas, à la suite de la suppression du premier foyer de tuberculose. »

## SYPHILIS DE LA GLANDE GÉNITALE

**1° Définition.** — La syphilis peut frapper la glande spermatique : testicule, épидидyme, vaginale, dans ses manifestations secondaires ou tertiaires. L'affection, qui en résulte, est désignée, d'ordinaire, sous le nom d'*orchite syphilitique*, de *testicule syphilitique*, de *sarcocèle syphilitique*.

**2° Historique.** — J'ai dit, à propos des inflammations aiguës de la glande génitale, la confusion qui régnait dans les états morbides de cet organe, avant BENJAMEN BELL, ROCHOUX, MOREAU et BLANDIN.

ASTLEY COOPER et DUPUYTREN contribuèrent, par leurs observations, à fixer le type clinique, et RICORD, en 1840, traça du sarcocèle syphilitique un tableau exact. Plus tard, cet auteur professa l'opinion de la non-suppuratation du testicule spécifique. Et cette opinion fut partagée par GOSSELIN, VIRSCHOW, LANCE-REAUX, KOCHER, REYNIER, TERRILLON, MALASSEZ et RECLUS prouvèrent le contraire. La question de l'orchite syphilitique est bien connue aujourd'hui, depuis le travail de RECLUS (1882), la thèse de MINIERE (1883) et celle de ROHMER (agrégation, 1883).

**3° Étiologie.** — Quelle est la fréquence des altérations des organes contenus dans les bourses, chez les syphilitiques ?

Sur ce point, les auteurs ne sont pas d'accord. Dans le relevé de FOURNIER (2300 cas), la proportion indiquée est de 1/30<sup>e</sup> ; dans celui de VIDAL (37 cas), elle est de 1/37<sup>e</sup> ; dans celui de LEPRÉVOST (192 cas), elle est de 1/38<sup>e</sup>. JULIEN dit que le testi-

cule syphilitique s'observe à peu près dans un dixième des cas de vérole tertiaire (25 cas sur 234).

C'est de 20 à 30 ans que, pour cet auteur, un syphilitique est le plus exposé (2 cas avant 20 ans, 7 cas de 20 à 30 ans, 9 cas de 30 à 40 ans, et 4 cas de 40 à 50 ans).

Pour ce qui est de l'âge de la syphilis, les lésions se montrent généralement au *stade précoce ou moyen de la troisième période*; 20 fois sur 25, JULLIEN les a vues se développer, avant la huitième année de l'affection, avec une fréquence particulière pendant les deuxième, troisième et quatrième années. D'ailleurs, elles peuvent survenir de façon très précoce, pendant la période secondaire (cas de VIDAL, de NÉLATON, de RECLUS) et même accompagner les manifestations de la syphilis constitutionnelle. Par contre, elles peuvent se développer très tardivement, plusieurs années après le chancre (douze ou seize ans, suivant TÉDENAT, KOCHER, BUMSTEAD).

Les causes occasionnelles, invoquées pour expliquer la détermination spécifique testiculaire, sont nombreuses et hypothétiques : surmenage génital (VALETTE, TÉDENAT, FOURNIER); continence prolongée (RICORD); traumatisme (RECLUS); inflammation antérieure, surtout blennorrhagique (RICORD).

Quoi qu'il en soit, que la cause soit spontanée ou non, le sarcocèle, sans aucun doute, exprime une de ces *véroles fortes*, s'accompagnant de chancres phagédéniques, d'éruptions pustuleuses généralisées, d'accidents graves.

**4<sup>o</sup> Division.** — A propos des altérations syphilitiques de la glande génitale, je décrirai les formes anatomo-cliniques suivantes : 1<sup>o</sup> l'épididymite de DRON; 2<sup>o</sup> l'orchite interstitielle; 3<sup>o</sup> l'orchite scléro-gommeuse.

#### 1<sup>o</sup> ÉPIDIDYMITE DE DRON

L'*épididymite syphilitique isolée*, longtemps contestée, est admise aujourd'hui depuis les travaux de DRON (*Archives générales de Médecine*, 1863), de SIGMUND (1868), de FOURNIER (1875), de TÉDENAT (1881), de BALME, de PINNER (1884), de SCHADEK (1885), de RECLUS (1885). FOURNIER l'appelle *épididymite syphilitique secondaire*.

En effet, elle survient pendant la période secondaire des accidents, à une époque variable, quelquefois au début de cette période, le plus souvent à la fin; en général quatre mois, un an ou plus après l'apparition du chancre. On peut même la rencontrer pendant la période tertiaire.

Elle constitue une manifestation relativement fréquente. A l'Antiquaille, dans son service, DRON la constate 16 fois sur 200 syphilitiques; TÉDENAT la signale 8 fois sur 32 cas de vérole.

Si l'on réunit les statistiques de DRON, de BALME, de TÉDENAT et de CUILLERIER, on trouve que l'épididymite est unilatérale dans la proportion de 62,5 pour 100; et, par suite, bilatérale dans la proportion de 37,5 pour 100. La localisation spécifique se fixe sur le globus major dans les 81,25 pour 100 des cas (approximativement 4 fois sur 5).

Voici comment les choses se passent d'ordinaire : il se produit une induration limitée sur l'épididyme, presque toujours au niveau de sa tête. La petite tumeur, qui grossit insidieusement et silencieusement, est du volume d'un pois, d'une noisette, d'une amande. Elle est adhérente au testicule, circonscrite, dure, indolente. La pression du « syphilome » ne cause aucune douleur; il n'existe aucun désordre ni du côté de la peau, ni du côté de la vaginale. Les fonctions génitales ne sont pas troublées et le sperme contient des animalcules même dans les épididymites bilatérales.

Le tableau clinique change parfois. C'est ainsi que des accidents aigus et inflammatoires peuvent marquer le début de l'affection et en imposer pour quelque inflammation de la glande d'origine urétrale ou pour quelque manifestation tuberculeuse. Puis ces accidents se calment, s'atténuent, disparaissent et l'épididymite suit son évolution insidieuse et progressive.

RECLUS distingue, dans l'épididymite syphilitique, une forme *circonscrite* et une forme *diffuse*. Je viens de parler de la première. Quant à la seconde, elle est caractérisée par la présence d'autres indurations dans l'épididyme qui peut être envahi tout entier par le processus scléreux et inter-

stiel. C'est dans ces cas que la vaginale réagit par un épanchement (3 cas de TĒDENAT) ou des fausses membranes qui peuvent engainer, comme une coque, la queue de l'organe. SIGMUND et TĒDENAT ont même rapporté l'exemple d'une vaginalite secondaire, sans lésion appréciable du testicule et de l'épididyme.

Il n'existe pas, jusqu'à présent, d'examen anatomique de l'épididymite de DRON, pour la bonne raison que cette affection guérit toujours sous l'influence du traitement mixte (mercure et iodure de potassium). « On est réduit à des hypothèses sur le siège et sur la structure de ces petites tumeurs. On suppose qu'elles sont constituées par une formation *gommeuse*, par une infiltration du tissu cellulaire, par des petites cellules rondes; et, comme, d'un autre côté, leur présence n'empêche pas la sécrétion du sperme, ni l'éjaculation de ce liquide normal contenant des spermatozoïdes, on en conclut qu'elles siègent dans le tissu conjonctif périphérique aux conduits de l'épididyme et non dans ces canaux eux-mêmes » (CORNIL).

## 2° ORCHITE INTERSTITIELLE

Je suppose, comme type de description anatomo-clinique, une orchite *interstitielle* ou *scléreuse* syphilitique *pure*.

**1° Anatomie pathologique.** — Les lésions caractéristiques se présentent sous un aspect différent suivant l'âge de l'affection. A ce point de vue, il est assez rationnel d'admettre trois périodes dans l'évolution d'un sarcocèle syphilitique.

Ces périodes correspondent au *début*, à *l'état* et au *déclin* de la maladie. Elles peuvent être désignées sous le nom de périodes d'*hypertrophie*, d'*organisation* et d'*atrophie*.

La clinique ne s'oppose pas à cette manière de voir. A la condition, cependant, de faire les réserves suivantes: la première période ou période d'hypertrophie passe, le plus souvent, inaperçue, à cause de la rapidité de sa marche, du moins chez l'adulte. Chez l'enfant, ainsi que je le dirai plus loin, la glande est de structure telle qu'elle favorise, au suprême

degré, les altérations inflammatoires de la première période. Ensuite, les trois phases de l'évolution du sarcocèle syphilitique se suivent naturellement; elles se pénètrent même; car, considérées à un moment donné, toutes les lésions parenchymateuses ne sont pas au même stade. Enfin, dans l'observation journalière, ce sont surtout des testicules, avancés dans l'âge de la maladie, que l'on rencontre.

A la première période, l'orchite interstitielle consiste en des modifications histologiques importantes, au niveau de l'albuginée, du corps d'Highmore, des cloisons interlobaires, et du tissu conjonctif intercanaliculaire.

L'albuginée est épaissie par places; elle présente une épaisseur qui varie de deux à cinq millimètres. Elle soulève le feuillet viscéral de la vaginale en dehors et repousse le parenchyme glandulaire en dedans.

Les mêmes détails peuvent être constatés au niveau du corps d'Highmore et des cloisons fibreuses.

Au niveau du parenchyme, dans les lobes eux-mêmes, des plaques ou îlots caractéristiques se dessinent sur les coupes. Ces plaques, de teinte gris rosé et de consistance ferme, sont arrondies ou fusiformes; généralement, elles sont allongées suivant le grand axe du lobe et sont retenues par un pédicule vasculaire riche, à la surface interne de l'albuginée ou à la cloison fibreuse voisine.

Les tubes séminifères apparaissent, à la loupe, petits, grêles; lorsqu'on cherche à les étirer, ils ne peuvent se détacher des parties voisines, et ils se rompent avec la plus grande facilité.

Histologiquement, sur les coupes colorées au picro-carmin ou à l'hématoxyline et éosine, on reconnaît tous les désordres d'une inflammation interstitielle. Le tissu conjonctif de l'albuginée, des cloisons et du parenchyme s'est transformé; la prolifération cellulaire est devenue très active, des cellules plasmatiques, embryonnaires, migratrices, légèrement aplaties ou rondes, se pressent les unes contre les autres. Ces éléments envahissent la gaine connective des tubes séminifères, dont la paroi propre est épaissie, plissée, et dont les cellules épithéliales se tuméfient, se troublent et deviennent granuleuses.

A cette période, la glande est augmentée de volume, hypertrophiée ; elle devient plus ferme et plus pesante.

A la *deuxième* période, toutes ces lésions jeunes se modifient, s'organisent ; le tissu conjonctif embryonnaire devient fibreux, puis scléreux.

Sur une coupe de la glande, au niveau des ilots enflammés, le tissu est blanchâtre, consistant, dur ; il semble que le scalpel entame du tissu tendineux. Ces noyaux, fibreux ou tendineux, compriment les tubes séminifères, dont la paroi elle-même présente des altérations de même nature. Ceux-ci sont réduits, bientôt, à l'état de cordons pleins, au centre desquels on retrouve parfois des éléments arrondis, granuleux, vestiges des cellules nobles. Les vaisseaux sont extrêmement développés, il y a des capillaires de nouvelle formation qui pénètrent dans la tunique adventice des artérioles.

Celles-ci sont malades, elles aussi, et le processus fibro-scléreux dissocie leurs fibres musculaires et élastiques. A cette période d'organisation, la glande revient sur elle-même, mais conserve sa forme générale. La surface externe de l'albuginée est irrégulière ; des bosselures et des plaques, résistantes au toucher et à la coupe, avec des dépressions intermédiaires, en tapissent l'étendue. C'est l'*albuginite de Ricord*. Ce qui reste de glande saine est repoussé vers la périphérie des lobes et de l'organe ; du reste, cet état d'intégrité est plus apparent que réel, car des pointes de tissu inflammatoire pénètrent le parenchyme normal.

Dans une *troisième* période, l'organe est rétracté. C'est un petit testicule, un « haricocèle » (RICORD). La coupe nous le montre transformé en une masse fibro-tendineuse. L'albuginée, les cloisons, le corps d'Highmore, tout est confondu ; du corps d'Highmore, se détachent des rayons tendineux, d'aspect jaunâtre, qui vont se fixer à la surface interne de l'albuginée, l'attirent et contribuent à lui donner un aspect festonné très net. Il est encore possible, dans l'intervalle de ces tendons, de trouver des cordons grêles et pleins, débris des tubes séminifères.

L'épididyme n'est jamais très malade ; cependant, il pré-

sente des altérations interstitielles, de nature inflammatoire, qui siègent de préférence au niveau du globus major.

La tunique vaginale est enflammée. Au début, il s'agit d'une simple vaginalite avec un épanchement observé dans la moitié des cas.

Lorsque l'affection est plus ancienne, le liquide diminue ; mais l'épaississement de la vaginale augmente.

La pachyvaginalite n'est pas rare ; elle est surtout prononcée au niveau de la queue de l'épididyme et du pôle postéro-inférieur du testicule. Des cas de symphyse des feuillets (KOCHER, ROLLET, VIRSCHOW, RECLUS) et d'hématocèle (TÉDENAT, RECLUS, OËLSNITZ) ont été rapportés.

**2° Symptomatologie.** — Qu'il s'agisse de sclérose pure ou de gomme, le porteur d'un sarcocèle syphilitique présente, d'ordinaire, des lésions infectieuses concomitantes : gommées cutanées et muqueuses, ostéopathies diverses, altérations musculaires. L'affection de la glande intéresse le chirurgien plus particulièrement, cela est naturel ; mais il ne faut pas oublier que le sarcocèle constitue une détermination d'une maladie *générale*. Cette petite remarque a son importance diagnostique.

L'orchite interstitielle pure est rare ; elle précède immédiatement l'orchite scléro-gommeuse ; c'est une forme de transition. Le tableau clinique est des plus simples.

Le début de l'affection est insidieux ; le malade ne s'aperçoit de rien. Puis, si la lésion est unilatérale, comme elle entraîne l'hypertrophie de la glande, l'attention est attirée de ce côté. S'il s'agit de sarcocèle bilatéral, l'augmentation de volume est moins remarquée, parce qu'il n'existe aucun terme de comparaison.

Ce n'est pas sur la sensibilité objective, ni même subjective, qu'il faut compter pour soupçonner l'état morbide du testicule.

L'indolence est absolue. Il n'y a pas de souffrance locale. Il n'existe que des sensations de tiraillement ou de pesanteur, qui indiquent une grosse glande. Quelquefois, cependant, il existe des douleurs gravatives, mais elles siègent dans la région lombaire.

Au début, le testicule compromis semble un peu plus fort que l'autre. C'est cependant la même configuration générale; mais la main, qui palpe et qui compare, éprouve une résistance plus grande.

La meilleure méthode d'exploration consiste à pratiquer sur le testicule, au moyen des deux index, en soutenant l'organe avec la face palmaire des autres doigts, la manœuvre de la recherche de la pression intra-oculaire. En parcourant une des faces testiculaires dans toute son étendue, on constate facilement que la sensation de dépressibilité éprouvée est variable suivant la zone explorée. Il sera bon, avant de commencer, de se faire la main, en palpant un testicule sain, celui du côté opposé ou, si celui-ci est touché, celui d'un autre sujet.

A la période d'état, les signes physiques sont des plus nets. Le testicule est un peu plus gros, plus ferme, plus pesant. Il est légèrement aplati dans le sens transversal, en forme de galet. La surface de l'albuginée n'est plus régulière, elle est *criblée* d'aspérités, de bosselures, de végétations en « tête d'épingle » ou en « demi-pois sec » (*nodules de Ricord*). Elle offre des placards résistants, ligneux, qui la *blindent*.

Ces détails sont nettement appréciés sur les sarcocèles d'âge moyen.

Il n'y a rien de particulier à signaler pour l'épididyme, la vaginale, le cordon et les enveloppes scrotales. Ces diverses parties sont surtout intéressées dans la forme scléro-gommeuse et j'en parlerai dans un instant.

Même à la période de déclin ou d'atrophie, quand l'affection est bilatérale, les fonctions génitales peuvent être conservées. FOURNIER professe que « des malades, dont les testicules étaient indurés et atrophiés complètement par une orchite interstitielle, pouvaient encore se livrer au coït ». Cependant, d'après l'opinion générale, l'orchite syphilitique abolit l'érection.

Cette *impuissance*, avec l'abolition des désirs, est la conséquence de l'aspermie qui devient inévitable, quoique tardive, quand les deux glandes sont complètement atrophiées.

La marche de l'affection est insidieuse, indolente, lentement progressive, avec des mois pleins de rémission.

La terminaison est l'atrophie de l'organe malade. Quand cette atrophie est double, cette sorte d'*émasculation* (JULLIEN) ou de *castration sous-albuginée* (RICORD) s'accompagne de tous les phénomènes qui sont habituellement les conséquences de la castration. « La voix devient grêle, le teint blanchit, les formes s'arrondissent, et la verge s'atrophie au point d'offrir à peine le volume de celle d'un enfant. »

### 3° ORCHITE SCLÉRO-GOMMEUSE

Cette forme anatomo-clinique est encore désignée sous le nom d'*orchite gommeuse*, de *gommes du testicule*.

**1° Anatomie pathologique.** — Tandis que la sclérose spécifique peut évoluer isolément, les gommes, au contraire, ne vont jamais seules; il peut y avoir orchite interstitielle sans gomme; il n'y a jamais de gommes, sans sclérose. L'orchite gommeuse n'est qu'un degré plus avancé de l'orchite interstitielle. Cliniquement, cela est vrai. Mais, anatomiquement, le processus gommeux est autre chose que le processus scléreux. Celui-ci ne modifie en rien la structure générale de l'organe; dans les zones d'inflammation interstitielle, le tissu conjonctif se modifie par suite de l'hypergenèse de quelques-uns de ses éléments. Ce tissu est devenu plus cellulaire, mais il est toujours conjonctif. La transformation qu'il présente est, en quelque sorte, une transformation de degré, de quantité. Au contraire, dans le processus gommeux, une production nouvelle intervient. La gomme est un véritable néoplasme. Cette gomme, à l'endroit où elle se développe, est entourée, à la vérité, d'une zone d'orchite interstitielle dont elle est exceptionnellement indépendante. Malgré tout, elle possède une qualité spéciale; et, partout où elle se trouve, le tissu de la glande perd sa structure normale, pour prendre celle du syphilome. C'est une substitution.

Dans leur expression la plus simple, les gommes apparaissent sous forme de petits points blanchâtres, analogues aux

grains de semoule, que l'on peut rencontrer, en plus ou moins grand nombre, dans toutes les parties de la glande génitale (testicule, épидидyme, cordon, enveloppes scrotales). Au microscope, on constate qu'elles sont formées par une agglomération de petites cellules rondes, à gros noyau granuleux et à protoplasma peu abondant. Ce ne sont pas les seuls éléments cellulaires qu'on y observe, il y en a de grands, riches en substance protéique; il y en a de migrants. L'amas cellulaire est subdivisé, à la façon d'un follicule clos, par des cloisons fibrillaires. Ces cloisons semblent se détacher d'une coque connective rudimentaire qui se continue extérieurement avec le tissu voisin. Enfin, de frêles capillaires parcourent et alimentent ce petit néoplasme.

Plus tard, ces nodules primitifs se fusionnent, et, par suite d'une prolifération cellulaire exagérée et d'un apport sanguin insuffisant, les grosses cellules centrales subissent la dégénérescence grasseuse. La gomme se caséifie. Elle présente alors, sur une coupe colorée à la purpurine, la disposition suivante : zone périphérique, transparente, *fibreuse*, qui correspond aux dernières limites de la sclérose du parenchyme; *bordure rouge*, concentrique à la zone fibreuse, dans laquelle de nombreux éléments cellulaires dissociés des strates connectives; *bordure claire*, correspondant à une charpente fibreuse et à des cellules à grands prolongements anastomosés avec les cellules voisines; enfin *partie caséifiée*, dont la masse totale est divisée en lobes ou lobules séparés par des travées transparentes.

« Les gommages diffèrent donc suivant la période de leur évolution : jeunes, elles sont gris rosé ou jaunes. Elles n'ont pas cette coloration mate, cette apparence de mastic de vitrier des foyers tuberculeux; elles sont parfois un peu chatoyantes; leur substance n'est pas homogène, et des fibres ambrées, semi-transparentes, rappellent la chair d'ananas. Ces fibres circonscrivent des espaces irréguliers, de petites mailles où est contenue la substance opaque qui donne à la tumeur sa teinte. Si l'on entame la gomme avec l'ongle, elle résiste; le tubercule, au contraire, est friable, même lorsqu'il

est cru. Les gommages, en vieillissant, subissent diverses métamorphoses : la glande est ligneuse, bosselée; parfois même, la tumeur soulève l'albuginée, adhère aux téguments, et l'évacuation va se faire; mais si l'on administre l'iode de potassium, la tuméfaction diminue et l'organe reprend sa souplesse. La résorption est souvent moins complète; les cellules entrent en régression, ce qui donne à la tumeur sa coloration jaune; leurs éléments forment des combinaisons nouvelles et l'on trouve, au milieu des foyers granuleux, des cristaux de cholestérine et d'acide stéarique. La gomme est alors dure, sèche, la pression ne peut en exprimer le moindre suc; la teinte est plus foncée, et on n'aperçoit plus ces stries demi-transparentes dues à l'enchevêtrement des fibres sclérosées. La tumeur demeure alors, au milieu des tissus, sans modification nouvelle. Mais le ramollissement, parfois rapide, amène la désagrégation du syphilome. A sa place, on trouve une cavité remplie d'une substance puriforme qui entraîne avec lui les fibres sclérosées, semblables au bourbillon de l'anthrax » (RECLUS). Lancereaux a vu les deux testicules transformés en une substance assez analogue à du jaune d'œuf cuit. Cette substance apparaissait striée. C'était de la matière fibroïde, avec des noyaux, des cellules granuleuses, des cristaux de margarine et de cholestérine.

*Symptomatologie.* — La forme scléro-gommeuse, la plus fréquente en clinique, ne présente, avec l'orchite interstitielle pure, que des différences peu marquées.

Toutefois, comme il s'agit d'altérations spécifiques plus anciennes, les annexes de la glande génitale, dont les lésions n'existaient pas encore ou se trouvaient à l'état latent, se révèlent à l'examen par des désordres anatomiques apparents, plus ou moins considérables.

Les gommages, par leur présence, déterminent des irrégularités plus accentuées de la surface extérieure de l'organe. Au niveau des bosselures, les doigts apprécient la sensation d'induration ou, plus rarement, de ramollissement partiel.

Mais la pachyvaginite et l'hydrocèle concomitante nuisent à la précision du palper testiculaire.

L'épididyme lui-même, réduit parfois à l'état d'une bandelette, n'est plus accessible qu'à travers la coque pseudo-membraneuse et adhérente qui l'enveloppe de toutes parts, surtout au niveau de son corps et de son globus minor.

Le scrotum glisse mal sur les parties sous-jacentes, à cause de l'extension du processus inflammatoire diffus ou de la présence de gommages dans la celluleuse. Le tissu cellulaire, au niveau du cordon, du scrotum ou même du pli de l'aîne, présente des altérations semblables. Dans sept cas de sarcocèle, réunis par SERINGE, le canal déférent était nettement augmenté de volume; huit autres cas mentionnent une infiltration diffuse du cordon.

La terminaison ordinaire de l'orchite scléro-gommeuse est l'atrophie scléreuse du testicule.

#### VARIÉTÉS. — ORCHITES SYPHILITIQUES A PÉRIODES AIGÜES

L'orchite syphilitique, interstitielle ou scléro-gommeuse, peut, à un moment de son évolution, présenter une allure aiguë.

C'est ainsi que l'orchite interstitielle débute parfois à la façon d'une épididymo-orchite blennorrhagique et, si l'état inflammatoire se prolonge, elle peut en imposer pour cette affection. Rougeur, chaleur, tuméfaction et surtout *douleur*, cela semble indiquer une orchite aiguë. L'épididyme est respecté; mais cliniquement, il est difficile de se rendre compte de son état réel, à cause du gonflement et de l'épanchement vaginal. A un moment donné, tout s'apaise et l'orchite spécifique évolue froidement (RICORD, LETOURNEUR, DUPLAY, RECLUS, BROCA, FOURNIER et CASSINE).

Suivant FOURNIER, de nouvelles poussées aiguës pourraient survenir, coïncidant avec l'apparition de nouvelles lésions secondaires, plaques muqueuses, ecthyma du cuir chevelu, etc.

La *gomme* ramollie, qui est sur le point de s'ulcérer, produit autour d'elle une réaction inflammatoire des tissus. Le scrotum, rouge, chaud, douloureux en un endroit, le plus souvent à la partie antérieure, s'amincit; une escarre appa-

rait; elle se soulève et se détache bientôt en entraînant un liquide sirupeux analogue à la gomme arabique, des filaments jaunes ou blanchâtres qui ressemblent, d'après la comparaison de FOURNIER, à des morceaux d'étope ou de filasse détrempés dans l'eau, et qui constituent le *bourbillon gommeux*. Les bords de l'ulcération cutanée sont décollés, les tubes séminifères sortent avec les lambeaux de tissus mortifiés; puis des bourgeons charnus granuleux et exubérants comblent la plaie scrotale. Le *fungus* est constitué.

En somme, la douleur et les phénomènes inflammatoires caractérisent les phases aiguës de l'orchite. On les constate, on ne les explique pas. C'est, vraisemblablement, à la bactériologie qu'il faudra s'adresser en dernier ressort; les infections secondaires doivent jouer un rôle de premier ordre dans la détermination de ces phénomènes.

**5° Diagnostic.** — Le diagnostic du sarcocèle syphilitique, facile dans les formes classiques, ou quand il existe des manifestations secondaires ou tertiaires de la vérole, peut offrir parfois de sérieuses difficultés.

C'est ainsi que l'orchite syphilitique à poussées aiguës peut être confondue avec une inflammation de la glande génitale d'origine traumatique, générale et souvent urétrale (orchi-épididymite blennorrhagique). Une gomme qui suppure peut en imposer pour un abcès tuberculeux.

Si le malade est atteint à la fois de tuberculose, de blennorrhagie et de syphilis (MAURICE en cite un exemple), il ne sera pas facile de faire la part de chaque infection dans les altérations testiculaires. L'iodure de potassium sera essayé.

Ce médicament permettra encore de différencier le sarcocèle cancéreux du sarcocèle syphilitique. Le diagnostic des deux affections est parfois impossible à établir; c'est ce qui explique qu'on ait pu conseiller ou pratiquer la castration de testicules syphilitiques.

Le diagnostic de l'orchite syphilitique est indiqué aux chapitres suivants: de la *Tuberculose génitale*, des *Néoplasmes* de la glande génitale, de la *Syphilis du testicule chez l'enfant*, j'y renvoie le lecteur.

6° **Traitement.** — Les altérations syphilitiques de la glande génitale ne comportent pas de traitement chirurgical. Un bon suspensoir, garni de ouate et légèrement compressif; de la propreté de la plaie scrotale, quand il y aura fongus; une application d'emplâtre de Vigo, si l'on veut, bien que ce ne soit pas nécessaire: voilà toute la thérapeutique chirurgicale.

Le traitement de la syphilis testiculaire est purement médical; son efficacité est, d'ailleurs, miraculeuse, suivant l'expression de FOURNIER. L'organe le plus compromis en apparence revient à son état primitif et retrouve les fonctions perdues. Qu'il s'agisse de phénomènes de compensation glandulaire ou de régénération épithéliale, peu importe; l'excellent résultat est là.

C'est le traitement *mixte*, à la fois *mercuriel* et *ioduré*, qu'il convient d'appliquer.

Mon intention n'est pas de le développer même brièvement; je renvoie le lecteur aux leçons cliniques, devenues classiques, que FOURNIER a consacrées au traitement de la syphilis. Je ferai remarquer, toutefois, que dans l'application du traitement mixte, la quantité d'iodure de potassium doit être plus élevée dans les lésions anciennes que dans les lésions jeunes, tandis que le mercure, qui convient surtout aux formes interstitielles, doit subir naturellement une progression en sens inverse. D'autre part, l'application de ce traitement est souvent très délicate; les troubles de l'économie, qui peuvent succéder à l'absorption de produits aussi actifs que le mercure et l'iodure de potassium, varient suivant la dose ingérée et suivant les individus. La surveillance devra être incessante. Il faudra non seulement combattre les effets d'intoxication (iodisme, hydrargyrisme) après les avoir reconnus, ou même soupçonnés, mais encore prescrire une médication pour les éviter ou les atténuer (le chlorate de potasse, l'extrait thébaïque, par exemple).

Le traitement mixte complet peut être administré sous forme de *sirop de Gibert* (à une ou deux cuillerées à bouche par jour) ou de potion. MONOD et TERRILLON conseillent la solution préconisée par VIDAL.

Deuto-iodure d'hydrargyre. . . . .	15 centigrammes.
Iodure de potassium. . . . .	15 grammes.
Eau distillée. . . . .	50 —
Sirop de quinquina. . . . .	450 —

Ne pas filtrer. Agiter. Deux cuillerées à bouche par jour dans de l'infusion de menthe ou de tilleul avant le déjeuner ou le dîner.

L'*iodure de potassium* pourra être donné seul à forte dose, 3 ou 4 grammes par jour sous forme de solution ou de sirop (Codex).

Le mercure peut être administré séparément sous forme de *liqueur de Van Swieten* (une ou deux cuillerées à bouche par jour; 0<sup>gr</sup>,15 milligrammes de bichlorure par cuillerée).

Les pilules sont très employées. Le *protoiodure d'hydrargyre* s'y trouve associé à l'*extrait thébaïque*.

Voici une formule courante :

Protoiodure d'hydrargyre. . . . .	2 <sup>gr</sup> ,50
Extrait thébaïque. . . . .	1 gramme.
Extrait de gaïac. . . . .	1 <sup>gr</sup> ,50

Pour 100 pilules; chacune contient 0<sup>gr</sup>,025 de protoiodure; en donner deux et même trois.

Les *injections sous-cutanées* présentent l'avantage de ménager la voie buccale, qui est réservée pour l'ingestion des aliments ou l'administration d'autres médicaments. Elles sont douloureuses.

Calomel. . . . .	0 <sup>gr</sup> ,50
Vaseline liquide. . . . .	25 cent. cubes.

Un centigramme de calomel pour un demi-centimètre cube. Agitez.

Les *frictions* sont pratiquées au niveau des parties les plus fines de la peau: les aisselles, le pli de l'aîne, le creux poplité, etc., avec l'*onguent napolitain* à la dose de 3, 4, et même 10 grammes.

Mercure. . . . .	} <i>à parties égales.</i>
Axonge. . . . .	

Le traitement doit être prolongé plusieurs mois, avec des

périodes de suspension. Après guérison, le malade devra, par intervalle, se soumettre régulièrement à l'usage de l'iodure de potassium (faible dose).

#### SYPHILIS DE LA GLANDE GÉNITALE CHEZ L'ENFANT

**1° Historique.** — C'est GOSSELIN qui, le premier, en 1858-59, présenta à la Société de chirurgie de Paris un enfant de dix mois, syphilitique, atteint de fungus du testicule. Vers 1862, en Angleterre, North trouva « chez un enfant de quatorze mois, né de parents syphilitiques et couvert d'une éruption spécifique, le testicule gauche, gros comme un œuf de pigeon, lourd et non douloureux à la pression. Sous l'influence du traitement mixte, le testicule diminua et redevint normal au bout de quatre à cinq semaines ». Dès lors, bien des observations ont été publiées par BRYANT (1863), WILKS (1865), HOLMES et HULKE, HENNIG (1872), TAYLOR (1875), OBÉDÉNARE (1875), LEWIN (1876), HUTINEL (1876), HÉNOCH (1877), BIRCH-HIRSCHFELD. Parmi ces auteurs, Wilks signale, pour la première fois, au point de vue clinique, la participation de l'épididyme aux lésions de la glande génitale.

En 1878, paraît le mémoire de HUTINEL, c'est le travail le plus important qui ait été publié jusqu'alors.

Depuis cette époque, PARROT (1879), HUTCHINSON (1879), BUMSTEDD et TAYLOR (1883), HÉNOCH (1885), FOURNIER (1886), COMBY (1889), LANNELONGUE (1890), CARPENTER (1892), TAYLOR (1893), ERICHSEN (1895), FINGER (1895) se sont occupés de la question. Il faut surtout retenir les études de HUTINEL (1878), de FOURNIER (1886), de CARPENTER (1892), et de TAYLOR (1893).

Enfin, en 1899, a paru, sur le « Testicule dans la syphilis héréditaire », la thèse remarquable de SERINGE. Cet auteur y traite, non seulement de l'orchite interstitielle déjà connue, mais encore de l'épididymite, de l'hydrocèle vaginale et de la sclérose testiculaire suite de sarcocèle, expliquant les cas nombreux d'infantilisme acquis.

**2° Étiologie.** — Il est bien difficile de fixer, même approxi-

mativement, la proportion des enfants syphilitiques dont la glande génitale présente des altérations spécifiques. Le sarcocèle syphilitique infantile semble assez fréquent et Hutinel admet qu'on l'observe dans le *tiers des cas*.

L'affection peut exister dès les premiers jours de la vie, chez les enfants nés à terme comme chez les prématurés. TUFFIER, BRYANT, MONCORVO en ont publié des exemples; Seringe a observé, dans le service de PINARD, un fœtus de sept mois et demi, atteint d'une orchite spécifique s'accompagnant d'hydrocèle vaginale. Il s'agit de manifestations *précoces* de la *syphilis héréditaire*.

Il en est de *tardives* et bon nombre d'auteurs ont rencontré des sarcocèles chez des sujets âgés de deux, trois, quatre ans et même de dix-neuf (TENNESSON) et vingt-quatre ans (FOURNIER et BROCC).

En général, c'est du *deuxième au septième mois* que l'affection est observée le plus souvent. L'orchite syphilitique est plus souvent bilatérale qu'unilatérale. C'est l'opinion de HUTINEL, de CARPENTER et de SERINGE. Ce dernier trouve 51 fois la bilatéralité des lésions dans 86 cas.

L'enfant, dont le testicule est malade, présente d'autres manifestations de la syphilis congénitale. J'insiste particulièrement sur les symptômes suivants qui, isolés ou associés, contribuent à fixer le diagnostic : le coryza spontané, sanieux, croûteux ; le masque péri-naso-buccal, les fissures orificielles, les éruptions et syphilides cutané-muqueuses, qui siègent de préférence au niveau des régions péri-anales et fessières, enfin les ostéopathies et les pseudo-paralysies.

**3° Anatomie pathologique.** — Les altérations spécifiques de la glande génitale portent sur le testicule, l'épididyme, la vaginale, le canal déférent.

A l'autopsie, le *testicule* apparaît à peu près normal, légèrement augmenté de volume, de consistance dure. Sur une coupe, il se montre par places congestionné; de plus, on distingue çà et là de petits *grains blanchâtres*, qui ressemblent, suivant l'expression de HUTINEL, à des grains de semoule.

Histologiquement, les altérations du testicule, ainsi que l'ont