

Il convient, bien entendu, de ne la pratiquer qu'en dehors des poussées inflammatoires et après avoir, pendant plusieurs jours, assuré, par des pansements appropriés, la préparation du malade.

L'oschéotomie est, pour les cas ordinaires, une opération très simple. Au-dessous de la verge, il suffit de tracer, au niveau de la racine du scrotum, deux incisions par lesquelles se trouve circonscrit



Fig. 19. — Résultat de l'oschéotomie (d'après Schwartz).

les deux testicules qu'il faut cependant, à tout prix, conserver; 2° la nécessité de faire sur la verge, atteinte de transformation éléphantiasique, une opération autoplastique.

Dans le premier cas, Mohamed Ali Bey a conseillé de mettre à jour les deux cordons spermatiques et, secondairement, les deux testicules, par deux longues et profondes incisions faites parallèlement à la direction du funicule.

Voici comment Duplay (1) conseille d'opérer dans le second cas :

(1) FOLLIN et DEPLAY, *loc. cit.*, p. 222.

« Une sonde cannelée étant introduite dans l'orifice de la verge, on incise sur la face dorsale jusqu'à la mise à nu complète du gland. A la limite de cette incision, on pratique une incision transversale de 8 à 10 centimètres; puis, des extrémités de celle-ci, on fait partir deux incisions latérales courbes, à concavité interne, qui se prolongent et se réunissent en avant du périnée. On dissèque alors, et l'on enlève toutes les parties molles comprises entre ces trois incisions, ce qui met complètement à nu les corps caverneux. Pour reconstituer le fourreau de la verge, on prolonge en haut, vers le pubis, les deux incisions latérales sur une longueur de 7 à 8 centimètres, et, après avoir disséqué le lambeau cutané quadrilatère formé par l'incision transversale et les deux incisions latérales prolongées, on l'attire en bas de manière à recouvrir toute la face dorsale de la verge; puis on réunit par la suture les deux incisions latérales courbes sur la ligne médiane, en ayant soin de suturer la partie supéro-interne de ces incisions avec les bords inférieurs du lambeau pubien, de manière à compléter le revêtement des parties latérales et inférieures de la verge. »

2° *Dilatations variqueuses des lymphatiques du scrotum. Lymphorrhagie.* — Lorsque, sur un scrotum atteint d'éléphantiasis, on pratique, avec un instrument acéré, des mouchetures superficielles, on voit s'écouler, par les minuscules orifices de ces mouchetures, un liquide dont l'apparence n'est pas toujours la même : quelquefois, il est séreux, aqueux, très légèrement teinté de rose; d'autres fois, il est blanc laiteux. Sa fluidité, qui varie, n'est jamais parfaite; il présente toujours une certaine viscosité et, transparent ou opaque, est plus ou moins comparable à une solution de gomme. Il se coagule, d'ailleurs, spontanément, sous forme d'un bloc fibrineux au-dessus duquel surnage une couche de sérosité. C'est la lymphe qui s'écoule ainsi : entre autres substances, l'analyse chimique y a décelé le beurre, la caséine, le sucre.

Il n'est pas rare d'observer, à la surface du scrotum éléphantiasique, une quantité de petites vésicules remplies d'un liquide transparent : ce sont des varices lymphatiques. Quand la substance qui les remplit est opaque, blanche, ces vésicules prennent l'apparence de véritables pustules. Il arrive assez souvent qu'une ou plusieurs d'entre elles crèvent spontanément : alors, la lymphe s'écoule d'une manière continue, en quantité quelquefois considérable : c'est la lymphorrhagie; en quinze heures, on a pu en recueillir jusqu'à près de 2 kilogrammes. On conçoit qu'à de telles conditions la santé générale du malade ne saurait tarder à donner des signes de détresse.

3° *Hydrocèle laiteuse.* — On peut dire qu'il y a bien peu de chose à ajouter à l'excellent chapitre qu'en s'appuyant sur les mémoires très bien étudiés du professeur Le Dentu (1), Ch. Monod et O. Terrillon

(1) LE DENTU, Sur un cas d'hydrocèle graisseuse (*Bull. et mém. de la Soc. de*

ont écrit sur l'hydrocèle laiteuse; mais je crois qu'on peut donner aujourd'hui comme certain ce que M. Le Dentu n'écrivait, il y a quelques années, qu'avec beaucoup de réserves, à savoir que l'hydrocèle laiteuse provient, en tous cas, de l'obstruction des vaisseaux lymphatiques, et que le liquide qui la caractérise n'est rien autre chose que le produit d'une lymphorrhagie ou d'une exsudation lymphatique. Cette obstruction serait réalisée, dans la très grande majorité des cas, l'on pourrait dire dans la presque totalité des cas, par la présence, dans l'organisme, du ver nématode dont j'étudie, dans ce chapitre, l'influence sur l'appareil génital de l'homme : la filaire du sang.

Je dois dire un mot, pourtant, des hypothèses qu'on a émises sur l'origine de ces épanchements chyloformes.

1° Klebs, M. Duplay, pensent que les graisses que contient le liquide viennent de la dégénération des cellules endothéliales de la séreuse, ou, le cas échéant, de celles d'une tumeur contenue dans sa cavité.

En ce dernier cas, les végétations d'un néoplasme subiraient la dégénérescence graisseuse et se déliteraient, pour ainsi dire, dans le liquide d'une hydrocèle ordinaire. Terrillon interprétait de la sorte la formation de certaines ascites chyloformes.

2° M. Letulle (1) fait des épanchements chyloformes la conséquence d'une inflammation chronique de la séreuse; ils sont, pour lui, comme un liquide résiduel, fait des déchets de la sécrétion de la séreuse enflammée et provenant de la régression granulo-graisseuse de la fibrine et des leucocytes, de la désintégration progressive des matières albuminoïdes qui se transforment en une émulsion persistante de matières grasses.

3° Guéneau de Mussy fait de l'hydropisie laiteuse une simple suppuration modifiée, lentement transformée, par liquéfaction des leucocytes, en une émulsion grasse.

Il est possible que chacune de ces théories puisse s'appliquer à certains épanchements séreux ayant perdu leurs caractères normaux pour prendre un aspect trouble, blanchâtre, les faisant plus ou moins ressembler à une émulsion de matière grasse; mais il n'y a rien de commun entre ces épanchements qui n'ont du chyle et de la lymphe que l'apparence — et encore ! — et les vrais épanchements lympho-chyleux qui résultent, à la suite d'une rupture ou d'une obstruction des voies lymphatiques, d'une lymphorrhagie ou d'une lympho-exsudation.

Ces épanchements lympho-chyleux vrais ont été observés dans le péritoine et dans la vaginale, mais très particulièrement dans cette

chir., 1881, p. 874); Des accidents occasionnés par la filaire du sang (*Acad. de méd.*, 1885).

(1) M. LETULLE, Note sur un cas d'épanchement chyloforme du péritoine (*Revue de méd.*, 1884) et Nouvelle observation d'épanchement chyloforme (*Revue de méd.*, 1885, p. 973).

dernière, où ils constituent ce qu'on appelle la *galactocèle*; leur existence ni leur pathogénie lymphatique ne sauraient être révoquées en doute, puisqu'elles s'appuient l'une et l'autre sur des faits de Bass, de Munson, de Withla, de Straus, où l'on put constater *de visu* la lésion du vaisseau blanc par où s'écoulait la lymphe. Le galactocèle reconnaît donc pour cause la compression ou l'obstruction de l'appareil lymphatique émané de la vaginale et l'augmentation de pression en amont qui en est la conséquence. Cette augmentation de pression produit, suivant les cas : ou bien la distension, la rupture d'un ou de plusieurs d'entre eux et la lymphorrhagie; ou bien, seulement, la stase lymphatique et la transsudation du liquide.

Ainsi que je l'ai déjà dit, les causes sont nombreuses qui peuvent provoquer la rétention lymphatique et les épanchements qui en sont la conséquence; mais, en fait, en dehors de l'action de la filaire, ces causes s'exercent si rarement qu'on peut dire que l'histoire des épanchements chylo-lymphatiques se résume tout entière dans la filariose. Jeannel (1), Straus (2) ont bien vu un cancer du mésentère déterminer, par rupture et fistulisation de vaisseaux chylofères, un épanchement vrai du péritoine, et il est vraisemblable qu'un examen attentif aurait permis de trouver une lésion identique dans plusieurs des cas où l'épanchement blanc a été donné comme d'origine inflammatoire. Mais, au total, ce sont là des exceptions et, pour la galactocèle en particulier, on ne saurait dissocier l'un de l'autre ces deux termes ni les choses qu'ils représentent : maladie filarienne, hydrocèle chylo-lymphatique. Ainsi s'explique que la galactocèle, puisque c'est aussi le cas du ver de Demarquay, ne s'observe qu'à titre exceptionnel chez les Européens et soit, au contraire, très fréquente chez les indigènes des Antilles, des Indes, etc.

L'obstruction lymphatique qui la provoque doit réaliser certaines conditions : elle doit être partielle et relative. Il en est de même pour les varices lymphatiques. Au contraire, il semble que l'éléphantiasis ne se produise que par l'obstruction totale et absolue.

Avant que les médecins des colonies eussent dressé l'imposant faisceau d'observations sur lequel s'étaie aujourd'hui la conception parasitaire de l'hydrocèle blanche, un des arguments qu'on a invoqués contre cette même conception parasitaire s'appuyait sur les caractères du liquide. Ce liquide, en effet, dont la quantité oscille le plus ordinairement entre 50 et 200 grammes, au lieu d'être, comme la lymphe, un liquide très coulant, clair, transparent, jaune très pâle, se présente plutôt avec les caractères du chyle : il est blanchâtre, opalin; à sa surface surnagent des gouttelettes huileuses; par le refroidissement, il laisse seulement déposer de maigres caillots où

(1) JEANNEL, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1886, p. 6.

(2) STRAUS, Sur un cas d'ascite chyleuse (*Arch. de phys. norm. et path.*, 1886, 3^e série, t. VII, p. 367).

l'examen microscopique ne décèle que quelques hématies. Or, comme le fait très heureusement remarquer M. Le Dentu, il y a là un phénomène paradoxal, car on devrait retrouver les caractères du chyle dans les épanchements abdominaux et ceux de la lymphe dans les autres régions, dans la vaginale en particulier.

Sur ce point, l'examen chimique fournit des documents d'une sérieuse importance; il démontre, d'une part, que le chyle et la lymphe présentent entre eux une grande similitude de composition, ainsi qu'en témoigne le tableau ci-joint emprunté à Ch. Robin, et, d'autre part, qu'ils sont l'un et l'autre d'une extrême variabilité.

	LYMPHE.	CHYLE.
Eau.....	910 à 965	900 à 969
Corps gras.....	0,24 à 9	10 à 36
Albumine.....	22 à 51	26 à 65
Fibrine (et leucocytes).....	0,08 à 6,56	0,73 à 3,70
Peptone ou albuminose.....	3 à 5,50	6 à 8
Hémaphéine ou hématosine.....	0,06	0,06
Urée.....	3 à 8	5 à 9
Glycose.....		
Principes cristallins d'origine organique.....	4 à 6	5 à 7
Chlorure de sodium.....		

Ainsi donc, comme l'a écrit le professeur M. Duval, la lymphe et le chyle ne sont pas deux liquides aussi différents qu'on pourrait le croire au premier abord; l'un et l'autre contiennent, à la quantité près, les mêmes principes; encore les différences qu'ils présentent ne sont-elles que momentanées et ne se manifestent-elles qu'au moment de l'absorption intestinale; il est même à noter que, chez certains animaux, les oïseaux par exemple, en raison de certaines particularités dans le mécanisme de l'absorption, toute dissemblance disparaît entre le contenu des chylifères et celui des lymphatiques généraux. Rien ne dit que l'obstruction par la filaire de certains collecteurs lymphatiques plus ou moins importants ne réalise pas des conditions capables de modifier le cours respectif du chyle et de la lymphe et d'identifier le contenu des chylifères et des vaisseaux lymphatiques de quelque département collatéral.

Je me résume en disant qu'il convient de rechercher exclusivement dans le système lymphatique l'origine des vraies galactocèles et qu'il n'y a nulle apparence qu'on soit en droit d'en imputer la genèse à un trouble quelconque de la circulation capillaire, « la graisse qu'on observe en émulsion dans le liquide des galactocèles pouvant être considérée comme provenant de la transsudation de celle que le sérum du sang tient normalement en suspension et qui, à certains moments de la digestion, le rend opalin ou laiteux » (Ch. Robin).

L'hydrocèle filarienne n'a aucun caractère clinique distinctif; elle ressemble, d'une manière générale, à toutes les hydrocèles et, plus particulièrement, aux hydrocèles à parois épaisses, car elle est opaque

ou, tout au moins, d'une transparence « douteuse et obscure », en raison des qualités du liquide. Son diagnostic est donc difficile; il est, dans un certain nombre de cas, favorisé par l'apparition de quelque autre accident de la filariose génito-urinaire: lympho-scrotum, éléphantiasis, chylurie, lymphangiome inguinal.

Son pronostic est, dans la très grande majorité des cas, bénin.

Elle est justiciable de la même thérapeutique que la vaginalite séreuse simple. La ponction, suivie d'injection iodée, et toutes les méthodes simples ont donné jusqu'à ce jour d'excellents résultats. En cas d'insuccès, faire la cure radicale.

4° *Varicocèle lymphatique et lymphangiome inguinal.* — Ce n'est pas seulement par la dilatation variqueuse des lymphatiques superficiels du scrotum que se traduit l'obstruction filarienne; c'est encore par la production, le long du cordon spermatique, au-dessus du testicule, d'un véritable varicocèle lymphatique.

Le scrotum est asymétrique; l'un des deux côtés est soulevé par une tumeur plus ou moins volumineuse, que recouvre une peau mince, où apparaissent des saillies mamelonnées et des bosselures que séparent des sillons plus ou moins réguliers. Le palper découvre une tumeur molle, sans limites précises, qui se prolonge plus ou moins haut dans le canal inguinal; on a sous les doigts comme la sensation que donnerait un amas de vers de terre ou de « boyaux mûsses » se déplaçant sous le doigt. Cette tumeur augmente de volume et se tend dans la station verticale et à l'occasion des efforts; elle diminue si le malade est couché. Si on la comprime, elle se réduit, mais, dès que la compression cesse, elle se reproduit aussitôt. Au point de vue fonctionnel, tout se réduit à une sensation de gêne et de tiraillement le long du cordon, ou, plutôt, dans le testicule.

Le varicocèle lymphatique a, comme on le voit, les plus grandes ressemblances avec le varicocèle sanguin. Aussi, en dehors des antécédents du malade et de l'existence d'un ou de plusieurs autres accidents de la filariose, est-il difficile d'établir le diagnostic différentiel de l'un et de l'autre. Voici, d'après Audain (1), les caractères distinctifs qui les séparent: « Dans le varicocèle lymphatique, l'allongement du cordon n'existe pas au même degré. Les douleurs violentes du varicocèle ordinaire manquent également. Les vaisseaux lymphatiques ectasiés paraissent former des nœuds ou plutôt des anses beaucoup plus larges que dans le varicocèle sanguin. » Il serait puéril de compter là-dessus pour faire un diagnostic.

Le varicocèle lymphatique tient, sans doute, à ce qu'en cas d'obstruction des voies lymphatiques génitales dans leur partie supérieure, l'excès de pression, après avoir exercé son effort sur les radicules lymphatiques du testicule, porte sur les vaisseaux plus importants qui

(1) Léon AUDAIN, Varicocèle lymphatique et filariose testiculaire, p. 17. Port-au-Prince, 1898, chez J. Verrollot.

se dégagent de la glande. Aussi, comme Léon Audain le fait remarquer dans la brochure que je signalais plus haut, le varicocèle lymphatique est-il une des manifestations tardives de la filariose génitale; et c'est aussi la raison du petit nombre de cas qui en ont été signalés, que la lenteur de son apparition.

A côté du varicocèle lymphatique, il faut placer le lymphangiome inguinal. L'un et l'autre, du reste, peuvent coexister sur le même malade. Le varicocèle est une simple dilatation des vaisseaux du cordon formant une sorte de tumeur diffuse. Le lymphangiome est une tumeur plus isolée, plus indépendante, qui ne consiste pas seulement dans l'ectasie de vaisseaux préexistants, mais encore dans la formation de vaisseaux nouveaux, dans la multiplication lymphatique, si l'on peut ainsi parler, dans les anastomoses de ces vaisseaux, dans leurs larges communications et, pour tout dire, dans la transformation cavernueuse de la masse qu'ils représentent. Rien n'en saurait donner une meilleure idée que le résumé du cas si intéressant qu'a observé et publié M. Le Dentu (1). Un jeune homme, originaire de la Guadeloupe, était atteint, depuis huit ans, de crises douloureuses fréquentes qui semblaient partir du testicule et irradier vers le flanc, en suivant le trajet de l'uretère (je dirai plus loin ce qu'étaient ces douleurs). Il était porteur d'une induration testiculaire compliquée d'hydrocèle. La région inguinale était occupée par une tumeur réductible, demi-molle, allongée, tout à la fois abdomino-inguinale et inguino-scrotale. Cette tumeur qui, au cours même de l'opération, ressemblait à une épiplocèle adhérente par son aspect graisseux et sa consistance, n'était, en réalité, qu'un vaste lymphangiome qui, ayant reçu deux ou trois coups de ciseaux, laissa s'écouler du liquide jaune, un peu lactescent. A côté de cette tumeur, un magnifique varicocèle lymphatique, accompagné de gros vaisseaux lymphatiques, s'engageait dans le canal inguinal, sans se jeter dans la tumeur qui était juxtaposée aux vaisseaux, mais absolument indépendante d'eux et sans aucune communication avec eux. L'examen histologique montra : 1° sur le testicule : la sclérose du stroma, une multiplication des vaisseaux sanguins et lymphatiques et de l'endo-périvasculaire; 2° sur les enveloppes testiculaires : la transformation en une épaisse couche de tissu conjonctif; 3° sur la tunique vaginale : la disparition du revêtement endothélial, une formation fibreuse très marquée, la dilatation et la multiplication des vaisseaux lymphatiques, ainsi que leur transformation lacunaire; 4° sur le canal déférent et l'épididyme : la disparition de l'épithélium, l'élargissement des canaux séminifères et la disparition des spermatozoïdes, l'endo-périvasculaire et la formation de petits pelotons de vaisseaux lymphatiques; 5° sur le lymphangiome : la

(1) LE DENTU, Lymphangiome inguino-scrotal et intra-abdominal (*Travail lu au Congrès de Moscou; Revue de chir.*, t. XVIII, n° 1, 10 janvier 1898).

dilatation et l'hyperplasie des vaisseaux lymphatiques dont les parois étaient creusées d'un grand nombre de petites cavités remplies de leucocytes, la formation de lacs de lymphe et l'existence de véritables cavités cavernueuses limitées par des cloisons dirigées en tous sens, c'est-à-dire, en somme, une multiplication anormale en nombre et en volume des vaisseaux lymphatiques.

Le lymphangiome peut, à la suite de traumatismes répétés, subir une mortification partielle de ses parois : d'où ulcération de la tumeur et écoulement de la lymphe. Legrain (1) en a publié une intéressante observation qui n'est cependant pas irréfutable.

5° *Orchite filarienne*. — J'ai discuté, en traitant la pathogénie des orchites, les différents problèmes que soulève la question de la filariose testiculaire et montré par quels points se touchent les orchites filariennes et les prétendues orchites paludiques; il est donc inutile d'y revenir.

La filariose testiculaire se traduit sous trois formes différentes, ainsi que cela ressort des seize observations qu'a pu faire le professeur Le Dentu; elle produit, suivant les cas : une orchite aiguë, une orchite subaiguë et une orchite chronique.

L'*orchite aiguë*, dit M. Le Dentu, est caractérisée par un début brusque, des douleurs intenses, un gonflement de l'épididyme et parfois aussi du testicule, un épanchement dans la cavité vaginale, la rougeur des téguments dans certains cas, l'irradiation fréquemment observée des souffrances le long du canal inguinal ou de l'uretère, des vomissements plus ou moins fréquents, une fièvre habituellement intense, rémittente et d'une durée de trois, quatre ou cinq jours. Léon Audain (2), qui a publié sur ce sujet plusieurs petites brochures, a insisté sur les irradiations lombo-abdominales de la douleur; à cette variété d'orchite filarienne, il a donné les noms de « variété urétrique, forme néphrétique, colique filarienne ». Elle s'accompagne quelquefois de constipation opiniâtre et de rétention d'urine.

Dans l'*orchite subaiguë*, le gonflement testiculaire survient presque sans poussées, mais reste constamment douloureux. Il arrive cependant que l'état douloureux, avant d'être continu, succède à des poussées d'orchite aiguë antérieure.

L'*orchite chronique* est caractérisée par l'évolution lente des lésions dès le début, par le défaut de douleurs, par la coexistence ordinaire de l'affection du testicule avec l'éléphantiasis du scrotum. C'est à cette forme, qu'interrompent quelquefois, au début surtout,

(1) LEGRAIN, Filariose. Éléphantiasis du scrotum avec hernie inguinale, etc. (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, n° 5, mai 1894, p. 362).

(2) LÉON AUDAIN, Des formes cliniques de la filariose génitale. 1894, Port-au-Prince (Haïti), chez Chenet. — Varicocèle lymphatique et filariose testiculaire. 1898, Port-au-Prince, chez Verrolot. — Leçon clinique sur la filariose génitale. 1899, Port-au-Prince, chez Smith.

des poussées de lymphangite à la surface ou dans l'épaisseur de la vaginale, de l'albuginée et de l'épididyme, que M. Le Dentu a donné le nom d'*éléphantiasis du testicule et de l'épididyme*.

La figure ci-jointe, empruntée au travail de M. Le Dentu, repré-

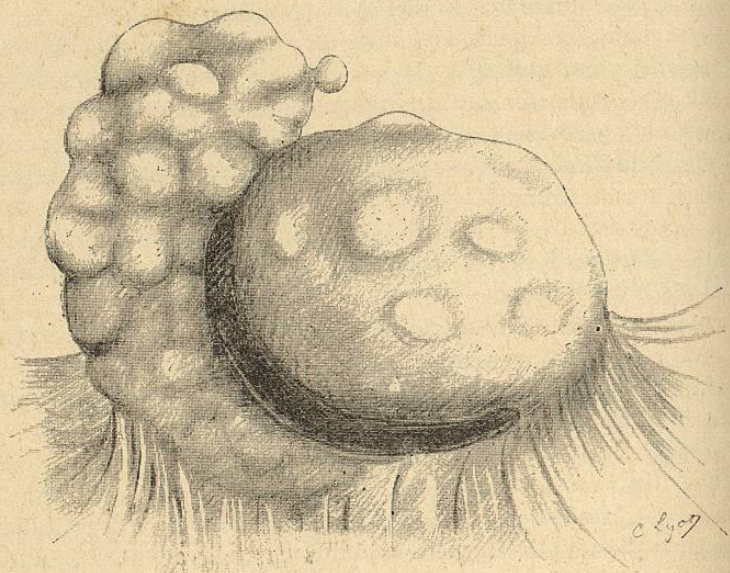


Fig. 20. — Lésions de la surface du testicule et de l'épididyme (Le Dentu).

sente les lésions de la surface du testicule et de l'épididyme qu'il a pu constater, au cours de l'opération, sur un Brésilien atteint d'hydrocèle double. La séreuse était soulevée par un certain nombre de bosselures végétantes d'aspect blanchâtre.

DES ORCHITES CHRONIQUES.

ORCHI-ÉPIDIDYMITE TUBERCULEUSE (1).

La tuberculose du testicule n'a pris son autonomie véritable que le jour où cette localisation du bacille de Koch a été nettement distraite de la tuberculose pulmonaire. Celle-ci, parfaitement décrite par Laënnec, fut longtemps considérée comme la seule localisation de l'évolution tuberculeuse. Bientôt, on constata la coexistence fréquente de la tuberculose d'autres organes et, en particulier, du testicule, avec la tuberculose du poumon.

Néanmoins, la tuberculose du testicule était alors considérée

(1) Ce chapitre, sauf le traitement, a été écrit par M. Jean PETIT, interne des hôpitaux.

comme une complication de celle du poumon. La seconde des deux lois formulées par Louis (1), en 1825, consacrait cette notion en disant que, après l'âge de quinze ans, il ne pouvait y avoir de tubercules dans un organe s'il n'y en avait pas eu, auparavant, dans les poumons.

Plus tard, les médecins connurent et décrivent les masses caséuses développées isolément dans le testicule, indépendamment du poumon. Seulement, ils restèrent divisés sur l'origine de cette caséification, attribuée par les uns à l'évolution d'une inflammation simple et par les autres à l'évolution des tubercules.

Lorsque Malassez (2) et Reclus (3) eurent démontré l'unité pathologique de cette caséification, sa dualité tomba d'elle-même, et les « prétendues orchites chroniques » des anciens auteurs furent désormais considérées comme une manifestation fréquente de la tuberculose.

La tuberculose du testicule devint donc une tuberculose locale, capable d'évoluer pour son propre compte, indépendamment de la tuberculose pulmonaire, à la façon des tuberculoses d'autres organes, tels que les ganglions lymphatiques, les épiphyses osseuses, les gaines synoviales, l'anus, etc..., tuberculoses locales dont le nombre, depuis le travail de Reclus, n'a fait que s'accroître.

Il s'est produit, en somme, dans l'histoire de la tuberculose du testicule, ce qui s'est produit pour le plus grand nombre des affections étudiées dans le cours de ce siècle. Les recherches cliniques ont établi d'abord des notions de nosographie restées longtemps vagues. Puis, le microscope a permis de classer les maladies d'une manière plus précise et d'établir leur autonomie. Dans le cas particulier, la découverte de Koch, en unifiant toutes les manifestations tuberculeuses, a consacré l'autonomie de la tuberculose testiculaire.

Aujourd'hui, c'est principalement vers la thérapeutique de cette affection que se porte l'attention des chirurgiens, comme en témoignent les récentes discussions de la Société de chirurgie et de nombreuses thèses.

Étiologie. — La tuberculose testiculaire se montre avec une fréquence bien inégale, suivant l'âge des individus. D'une manière générale, elle est surtout, comme le sont, d'ailleurs, la plupart des affections de la glande génitale, l'apanage de l'âge adulte ou, plutôt, de l'âge de l'activité sexuelle. Toutefois, l'enfant, de même que le vieillard, n'en restent pas indemnes.

(1) LOUIS, Recherches anatomo-pathologiques sur la phtisie. Paris, 1825.

(2) MALASSEZ, Note sur le siège et la structure des granulations tuberculeuses du testicule (*Arch. de phys. norm. et path.*, 1876).

(3) RECLUS, Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse, thèse de Paris, 1876.