

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-

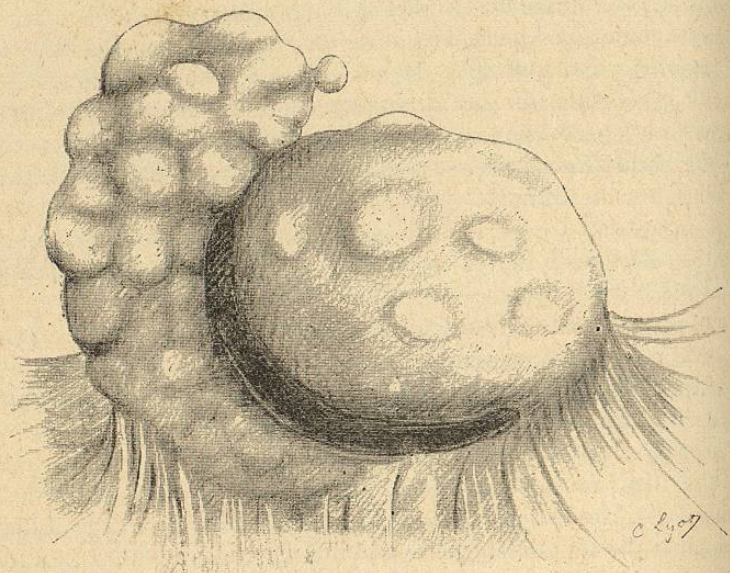


Fig. 20. — Lésions de la surface du testicule et de l'épididyme (Le Dentu).

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.

L'enfant peut naître avec une lésion tuberculeuse du testicule nettement caractérisée. Ce fait est rare, mais cette tuberculose congénitale du testicule a été rencontrée. Il est, en effet, possible, surtout lorsque la mère est atteinte de granulie, que les bacilles arrivent au placenta par la voie sanguine. Auché et Chambrelent (1) ont rapporté, l'année dernière, un exemple typique de la transmission de la tuberculose par la voie transplacentaire, mais les tuberculoses congénitales se localisent bien plus habituellement dans le foie, les os, les ganglions lymphatiques, les capsules surrénales (2).

Chez l'enfant, la tuberculose testiculaire est donc, comme le sont la plupart des tuberculoses infantiles, une tuberculose acquise. Elle se montre dans les premiers mois ou dans les premières années, et sa fréquence paraît décroître au fur et à mesure que le sujet approche de la puberté. Launois (3) déclarait, en 1883, qu'il était assez commun de la rencontrer chez les enfants chétifs, nourris au biberon, et issus de parents tuberculeux. Les auteurs [Dufour (4), Jullien] qui l'ont systématiquement recherchée dans les autopsies, accusent une proportion de moins de 1 p. 100. On peut dire, en vérité, que dans une salle d'enfants, à l'hôpital, il est habituel d'en rencontrer un ou plusieurs exemples.

Des recherches systématiques analogues ont été faites, dans les autopsies de vieillards, par Dufour, et dont les résultats sont restés négatifs. Cependant, Castier (5) a rencontré deux fois l'infiltration tuberculeuse du testicule sur sept individus âgés. Le fait le plus curieux, à ce point de vue, est rapporté par Gibson (6). En 1894, cet auteur dut faire la castration chez un vieillard de quatre-vingt-un ans, à la suite d'un traumatisme du testicule, et l'examen anatomique de ce testicule démontra qu'il était atteint de tuberculose.

Tout compte fait, le testicule tuberculeux demeure une rareté chez le vieillard, une lésion assez fréquente chez l'enfant, mais surtout fréquente chez l'adulte.

On ne sait rien d'absolument précis sur les conditions étiologiques qui favorisent l'apparition de la tuberculose testiculaire. On s'accorde bien à penser que certaines causes prédisposantes jouent un rôle prépondérant dans la genèse de cette localisation du bacille de Koch, mais on ignore leur mécanisme intime. Lorsqu'un malade présente un foyer quelconque de tuberculose dans son organisme, il est logique

(1) AUCHÉ ET CHAMBRELENT, *Quatrième Congr. franc. de méd. int. tenu à Montpellier en 1898.* — *Voy. Presse méd.*, 1898, n° 32, p. 188.

(2) KUSS, *De l'hérédité parasitaire de la tuberculose humaine*, thèse de Paris, 1898.

(3) LAUNOIS, *De la tuberculose du testicule chez les jeunes enfants* (*Revue mensuelle des mal. de l'enfance*, 1883, p. 228).

(4) DUFOUR, *De la tuberculisation des organes génitaux de l'homme*, thèse de Paris, 1854.

(5) CASTIER, *Étude clinique sur le sarcocèle tuberculeux*, thèse de Paris, 1866.

(6) GIBSON, *Med. Record*, vol. XLVI, n° 3, p. 35, 1894, et *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, déc. 1894, n° 12, p. 914.

d'admettre que ce foyer pourra être le point de départ de l'infection du testicule, de même qu'il peut donner naissance à la méningite tuberculeuse, par exemple. Que le testicule soit alors prédisposé à contracter cette infection, cela n'est pas douteux, et nombreuses sont les causes occasionnelles capables d'engendrer cette prédisposition. Cette condition étiologique est peut-être la seule qui ne prête à aucune discussion. Mais il s'en faut que la tuberculose testiculaire soit toujours consécutive à la tuberculose d'un autre organe. Dès 1876, Reclus, dans sa thèse, avait mis en évidence les *tuberculoses locales*, développées uniquement dans un seul organe, indépendamment de tout autre foyer tuberculeux. La tuberculose du testicule, depuis son travail, est rentrée dans cette catégorie de faits. Or, c'est l'explication de pareils faits qui présente des difficultés, c'est sur elle que les opinions diffèrent.

Néanmoins, si la tuberculose, comme maladie générale, est soumise à des causes prédisposantes qui facilitent la pénétration et le développement du bacille de Koch dans l'organisme, il y a lieu de penser que les tuberculoses locales relèvent aussi d'une étiologie prédisposante, mais d'une étiologie variable selon l'organe atteint. En ce qui concerne le testicule, ces causes prédisposantes peuvent être classées en deux groupes. Il existe, en premier lieu, un ensemble de causes favorables au développement du bacille de Koch qui se retrouvent dans toutes les localisations de la tuberculose et qui, toutes, tendent à créer, chez le malade, une moindre résistance. Parmi ces causes, on peut ranger la tare héréditaire tuberculeuse, le surmenage général, les privations, les excès, les misères de toutes sortes. Il existe, en second lieu, un ensemble de causes prédisposantes qui touchent de plus près au testicule. Le testicule est, en effet, un organe superficiel, sujet aux heurts, aux froissements divers, toutes influences traumatiques qui sont une cause d'appel pour la localisation de la tuberculose. Ensuite, les inflammations antérieures de la glande, et, en particulier, l'orchite blennorragique, les écoulements de l'urètre, les excès génésiques eux-mêmes peuvent, à n'en pas douter, mettre le testicule en mauvaise posture devant la tuberculose qui le menace. Mais cette étiologie, nous le répétons, bien qu'elle se retrouve d'une manière plus ou moins nette dans la plupart des observations, n'apporte par elle-même rien de précis dans l'histoire des causes de la tuberculose testiculaire. Parce qu'on les rencontre chez tel ou tel individu, on ne peut pas présumer quel sera, chez eux, l'avenir du testicule. Le vrai secret de l'étiologie de la tuberculose testiculaire réside dans le mécanisme grâce auquel le bacille de Koch arrive dans la glande génitale, s'y installe et s'y développe. C'est ce mécanisme que nous allons maintenant étudier.

Pathogénie. — Toutes les théories émises sur le mode d'infection

du testicule par la tuberculose peuvent, comme dit P. Sebileau dans son article sur la pathogénie générale des orchites, rentrer dans l'un des quatre groupes suivants : 1° ou bien le testicule s'infecte par la voie sanguine recevant, par le sang, les bacilles venus d'un foyer quelconque de l'économie ; 2° ou bien le testicule s'infecte par voie externe ou canaliculaire, les bacilles remontant le canal de l'urètre jusqu'au verumontanum, pour remonter, ensuite, le cours du sperme, le long du canal déférent ; 3° ou bien l'infection a son point de départ dans les voies urinaires, descendant du rein dans la vessie, de la vessie dans l'urètre et gagnant, de l'urètre, les voies génitales ; 4° ou bien, enfin, le bacille tuberculeux, primitivement développé dans l'une des glandes qui entourent les voies spermatiques (prostate ou vésicules séminales), suit, de nouveau, un trajet rétrograde pour envahir le testicule.

A côté de ces quatre groupes, il en existe un cinquième, non moins important, certes, bien qu'il exige, pour se produire, des conditions anatomiques anormales chez l'adulte. Nous voulons parler de l'infection par la voie péritonéale. En lisant les deux chapitres que Sebileau consacre à la genèse des vaginalites et à l'hydrocèle congénitale, on verra quel rôle il convient de faire jouer, d'après les recherches les plus récentes, à la coexistence de la tuberculose péritonéale ou funiculaire pour expliquer la formation de liquide dans la vaginale. Rien ne s'oppose à admettre que la conservation de la perméabilité du conduit vagino-péritonéal, en même temps qu'elle favorise la descente de l'exsudat péritonitique autour du testicule, favorise l'envahissement testiculaire par le bacille de Koch. A vrai dire, l'hydrocèle congénitale étant, par-dessus tout, une affection du jeune âge, il faut convenir que l'origine péritonéale ou péritonéo-vaginale de la tuberculose testiculaire ne saurait concerner que la tuberculose testiculaire des enfants, sinon des très jeunes sujets.

Chez l'adulte, cette hypothèse n'est plus de mise, puisque les conditions anatomiques changent, et c'est à l'une des quatre théories énoncées plus haut qu'il faut avoir recours pour expliquer, alors, la genèse du tubercule de la glande génitale.

PREMIÈRE THÉORIE : *Infection par la voie artérielle.* — La première de ces théories, celle qui invoque l'infection du testicule par la voie sanguine, paraît inattaquable. Lorsqu'il existe, antérieurement à l'envahissement du testicule, un foyer tuberculeux dans l'organisme, qu'il s'agisse de tubercules pulmonaires, qu'il s'agisse de tubercules ganglionnaires, il suffit que les bacilles s'échappent de ce foyer, à la faveur d'une rupture vasculaire, pour qu'ils pénètrent dans la circulation et viennent se localiser dans la glande spermatique. Mais la même pénétration sanguine peut avoir lieu sans foyer tuberculeux antérieur, si les bacilles venus du dehors, par les voies respiratoires, par la voie digestive, par une érosion cutanée, entrent dans l'orga-

nisme. Ainsi, sans doute, s'expliquent les foyers tuberculeux localisés au testicule, en l'absence de tout autre foyer tuberculeux. Est-ce à dire que chez un sujet franchement tuberculeux l'existence de phénomènes orch-épididymaires doive faire croire à un début de tuberculose du testicule ? Évidemment non ; et tel malade qui présente soit une tuberculose pulmonaire en cours d'évolution, soit une tuberculose digestive, soit une tuberculose articulaire ou ganglionnaire, peut, sans contredit, être atteint d'une orchite franche, non tuberculeuse. Reclus (1) cite, à ce propos, l'exemple suivant qui est démonstratif : « Chez un de nos malades, l'auscultation et la percussion révèlent de la matité, une expiration prolongée, une voix bourdonnante, des craquements à droite et à gauche, des râles sous-crépitants. Il a eu trois blennorragies à gonocoques. Au cours de la dernière, qui datait de six semaines, le malade est pris de vives douleurs dans la glande droite : la peau rougit et son épидидyme coiffe le testicule en le débordant de toutes parts ; peu à peu la douleur disparaît ; mais la résolution de l'orch-épididymite est lente et nous craignons une évolution caséuse. Il n'en est rien : au bout de quatre semaines, la tuméfaction disparaît. Nous le revoyons six mois après, à l'occasion d'une fistule à l'anus ; les deux testicules sont souples ; pas la moindre trace de tuberculose. »

SECONDE THÉORIE : *Infection venue du dehors et transmise par l'urètre.* — A côté de l'infection hémalogène, toutes les autres théories qui se proposent d'expliquer le mécanisme de la tuberculisation du testicule supposent que l'agent morbide envahit la glande par la voie canaliculaire en remontant le cours du sperme. Elles ne diffèrent que sur le fait de savoir quel est le point de départ de cet agent morbide ; à ce point de vue, il était, tout d'abord, naturel de penser que le bacille pouvait remonter au testicule depuis le méat urinaire jusqu'à l'épididyme. Sans doute, le chemin à parcourir est long et les obstacles sont nombreux. Mais, analogue en cela à la blennorragie, la tuberculose ne pouvait-elle pas être due à la contagion génitale, inoculer en premier lieu l'urètre balanique et, plus tard, les voies spermatiques ? En pareil cas, c'est le coït suspect avec une femme tuberculeuse qu'il fallait incriminer, soit que cette femme eût des lésions tuberculeuses en évolution de la vulve ou du vagin, soit qu'elle fût atteinte de métrite tuberculeuse. Cette théorie a été longtemps défendue par Verneuil (2). Après lui, Verchère, Fernet (3) ont tenté de l'appuyer sur des faits nouveaux. La discussion de cette théorie conduit aux remarques suivantes. Il n'est certes

(1) RECLUS, *Traité de chirurgie* de DUPLAY et RECLUS, 2^e édit., t. VII, p. 1155, 1899.

(2) VERNEUIL, Hypothèse sur l'origine de certaines tuberculoses génitales dans les deux sexes (*Gaz. heb. de méd.*, 1883, p. 225).

(3) FERNET, De l'infection tuberculeuse par la voie génitale (*Bull. et mém. de la Soc. de méd. des hôp. de Paris*, 1885, p. 420).

pas douteux que le mucus vaginal puisse renfermer des produits tuberculeux. On y a même décelé la présence de bacilles de Koch. Mais, pour devenir une cause d'infection chez l'homme, pendant le coït, il faut que ces bacilles ou ces produits s'implantent non seulement sur le gland, mais encore dans l'urètre, et pullulent à l'entrée du conduit urinaire avant de gagner les voies génitales. En l'absence de toute localisation pénienne ou urétrale, il faudrait aussi qu'ils pénétrassent directement dans la voie sanguine à la faveur d'une érosion de la muqueuse du gland survenue pendant le coït. Cette dernière hypothèse a pour elle ce fait que la tuberculose se développe, parfois, dans un organe éloigné du point de pénétration du bacille, sans qu'une lésion tuberculeuse se soit développée au niveau même de ce point de pénétration; mais nous rentrons ici dans l'histoire de l'infection par la voie artérielle. En dehors de cette explication, étant donné que les lésions tuberculeuses du gland sont rares, comparativement à la fréquence de la tuberculose du testicule, étant donné, aussi, que la tuberculose génitale apparaît, souvent, chez des malades où l'on ne saurait suspecter l'influence du coït, et en particulier chez les enfants, étant donné, enfin, que l'urètre, constamment balayé par l'urine, est un domicile peu favorable à l'évolution du bacille tuberculeux, on est en droit de penser que l'infection du testicule par la tuberculose génitale de la femme est, tout au moins, un mode d'infection rare.

Nous restons, dès lors, en présence de deux foyers originels de tuberculose capables d'infecter secondairement le testicule; ce sont les voies urinaires d'une part, et, d'autre part, la prostate ou les vésicules séminales.

TROISIÈME THÉORIE : *Infection par les voies urinaires.* — La tuberculose des voies urinaires, considérée comme étant le point de départ de la tuberculose du testicule, avait été déjà rencontrée par Viard, Dufour, Cuffer, Féré, Jamin et Cornil, lorsque, en 1887, Cayla (1), dans sa thèse, se proposa d'établir le bien fondé de cette théorie. Il rappelle, tout d'abord, que les bacilles tuberculeux, d'après les recherches de Raymond Durand-Fardel (2), peuvent exister dans le bouquet vasculaire du glomérule du rein, alors même que les lésions anatomiques n'y sont pas encore apparentes. De là, les bacilles pénètrent dans les tubes urinifères où Baumgarten les a rencontrés d'une manière constante au cours d'expériences faites sur la tuberculisation expérimentale. Puis, les bacilles sont transportés par le courant urinaire, se propagent dans les canaux d'excrétion, de préférence dans les points où séjourne l'urine. Ainsi se développent des lésions tuberculeuses des uretères, du bas-fond de la vessie,

(1) CAYLA, De la tuberculisation des organes génito-urinaires, thèse de Paris, 1887.

(2) DURAND-FARDEL, Tuberculose du rein, thèse de Paris, 1886.

de la région prostatique de l'urètre. Mais la portion membraneuse et la portion pénienne du canal urétral restent presque toujours indemnes, sans doute parce que le jet de l'urine ne laisse pas les produits tuberculeux en contact assez prolongé avec leur muqueuse.

Rien ne s'oppose, en vérité, à ce développement de la tuberculose dans l'uretère, la vessie et l'urètre prostatique. Partis de ces différentes régions, les bacilles doivent donc remonter le long des canaux éjaculateurs et du canal déférent pour atteindre l'épididyme. On pourrait objecter, dit Cayla, que, dans l'infection génitale, « la propagation se fait contrairement à la loi générale qui veut que le transport se fasse dans le sens du courant du liquide qui charrie l'agent infectieux, puisqu'il marche contre le courant du sperme ». A cela Cayla répond que le courant est indifférent, dans les voies génitales, et qu'il ne s'affirme que par intermittences, au moment de l'éjaculation.

La démonstration de Cayla a le mérite de reposer sur des données à la fois cliniques, anatomiques et expérimentales. Sans doute, est-il difficile, dans un certain nombre de cas, de dépister la tuberculose rénale à son début. Mais, puisque les bacilles peuvent exister dans les glomérules et les tubes urinifères, sans lésion apparente, il est logique d'admettre que la clinique reste quelquefois impuissante à affirmer l'existence d'une cause qui peut agir sur le testicule sans se révéler au niveau du rein. D'autre part, les nombreuses autopsies qui ont été faites apportent à la théorie de Cayla un appoint plus précieux, et les expériences que cet auteur a établies le confirment dans cette double hypothèse, à savoir : 1° que, dans les conditions normales de la circulation, l'infection bacillaire suit le courant de l'urine; 2° que, dans l'appareil génital, l'infection remonte le cours du sperme.

Au total, si l'on admet qu'une localisation, même minime, de la tuberculose en un point quelconque des voies urinaires (uretères, vessie, urètre prostatique), soit suffisante pour permettre l'envahissement du testicule, on conçoit assez bien que cet envahissement se fasse sans qu'aucune preuve clinique n'ait, auparavant, révélé le foyer primitif de tuberculose urinaire. A ce point de vue, l'hypothèse de Cayla est fort judicieuse. Il n'en reste pas moins vrai, et Cayla lui-même en convient, qu'il existe des faits de tuberculose génitale où la trace de l'origine urinaire du bacille ne peut être retrouvée, ni par l'anatomie pathologique, ni, à plus forte raison, par la clinique seule. Mais, si l'on considère que toutes les déterminations de la tuberculose sur l'appareil urinaire sont habituellement des lésions graves, on reste, à bon droit, étonné que, pour être si fréquente que le dit Cayla, la tuberculose urinaire, cause de la tuberculose génitale, ne donne pas à cette dernière un caractère pronostique plus fâcheux que celui qu'elle présente dans la grande majorité des cas.

Depuis le travail de Cayla, on a rapporté des cas non moins démonstratifs que ceux sur lesquels il avait basé sa théorie. Telle est

l'observation due à Mauclair (1) de tuberculose génito-urinaire, à marche manifestement descendante, chez un phtisique; telle est aussi l'observation due à Freyhan (2) où la vessie paraît avoir été le point de départ de la tuberculose génitale.

En vérité, la théorie de Cayla, quelles que soient les objections qu'on lui fasse, demeure vraie dans le grand nombre des cas observés avec soin. Mais c'est, sans doute, aller trop loin que de vouloir la généraliser.

QUATRIÈME THÉORIE : *Infection par la prostate et les vésicules séminales.* — Reste à envisager l'hypothèse d'une tuberculose primitivement prostatique ou séminale comme point de départ de la tuberculose testiculaire. Chacun sait avec quelle fréquence la prostate ou les vésicules sont envahies dans le cours de l'orchite-épididymite tuberculeuse, au point que c'est une règle absolue, pour le clinicien, d'étudier, par le toucher rectal, l'état dans lequel se trouvent ces organes, lorsqu'il est mis en présence de noyaux tuberculeux de l'épididyme. Il arrive même que, dans les cas d'épididymite où le diagnostic causal reste douteux, malgré toutes les recherches cliniques et malgré l'apparence des lésions, c'est, souvent, le toucher rectal qui tranche la difficulté. Cela ne conduit-il pas à penser que, pour un grand nombre de cas, le foyer initial de la tuberculose génitale siège au niveau de la prostate, ou bien des vésicules séminales? On pourrait, certes, objecter que rien ne prouve que ces organes n'aient été envahis secondairement par la tuberculose. Cette tuberculisation secondaire de la prostate existe. Il est trop souvent impossible de savoir où se développe le premier nodule tuberculeux pour nier le fait. Mais, à ne considérer que les preuves cliniques, et aussi à en juger par l'intensité des lésions trouvées dans les autopsies, tout porte à croire que la prostate et les vésicules restent, souvent, le point de départ le plus vraisemblable de l'infection tuberculeuse du testicule. Le professeur Guyon (3), en 1895, a émis cette hypothèse, basée sur de très nombreux faits cliniques. Elle paraît aujourd'hui prédominer dans l'histoire pathogénique de la tuberculose testiculaire.

En résumé, il est probable que le bacille de Koch ne pénètre pas dans le testicule par une voie unique, mais que la voie choisie par lui varie avec les cas. Et, sans doute, l'ascension du canal déférent est-elle sa voie de prédilection. Tout porte à le croire, si l'on songe que l'épididyme est envahi, dans la grande majorité des cas, indépendamment du testicule. La seule question litigieuse se pose lorsqu'il s'agit de déterminer par quel mécanisme le bacille parvient aux voies génitales.

(1) MAUCLAIR, Tuberculose génito-urinaire à marche descendante (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 65^e année, 5^e série, t. IV, fasc. 15, p. 353, 1890).

(2) FREYHAN, *Société de méd. int. de Berlin (Sem. méd.)*, 19 décembre 1894, n^o 70, p. 571).

(3) GUYON, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1895.

Anatomie pathologique. — D'une manière générale, la tuberculose évolue, au niveau du testicule, comme elle évolue dans tous les autres organes, en passant, successivement, par les différents stades de follicules et de tubercules, pour terminer son évolution par l'un des deux modes habituels de la tuberculose, la régression fibreuse ou la fonte caséuse. La fonte caséuse, elle-même, engendre la suppuration froide; elle tend à s'évacuer à l'extérieur et à se fistuliser, inoculant, de cette façon, les enveloppes des bourses jusque-là restées indemnes. Si l'on ajoute à cette notion générale que la tuberculose testiculaire, au lieu de se limiter aux parties génitales externes seules, accompagne, sinon précède, le plus souvent, l'envahissement du cordon, des vésicules séminales et de la prostate, on conviendra que l'anatomie pathologique devra étudier, non seulement l'évolution de la lésion testiculo-épididymaire, mais aussi l'état des organes annexes, enveloppes des bourses, canal déférent et éléments du cordon, en un mot l'ensemble des organes génitaux internes et externes. Ce qui revient à dire, dès maintenant, que la tuberculose du testicule doit être envisagée comme une tuberculose génitale totale.

Pour plus de clarté dans cette description, nous étudierons, d'abord, toutes les lésions visibles à l'œil nu ou tangibles par le palper ou par le toucher rectal; nous étudierons, ensuite, les lésions que le microscope seul permet de voir, soit au niveau du testicule, soit au niveau de l'épididyme.

1^o **Étude macroscopique.** — Pour que les enveloppes superficielles du testicule, c'est-à-dire celles qui n'ont pas de raison d'être primitivement malades, aient été infectées par la localisation orchite-épididymaire du bacille de Koch, il faut, de toute nécessité, que l'évolution tuberculeuse de la glande soit déjà avancée. Les lésions du scrotum supposent donc la sortie, hors des limites longtemps maintenues par l'albuginée, du processus tuberculeux. Deux conditions anatomiques peuvent alors s'offrir. Ou bien il s'agit d'un abcès froid, épididymaire le plus souvent, qui est en train de s'évacuer à travers le scrotum, s'il ne l'a déjà fait. Dans ce cas, la peau du scrotum, rougie légèrement, est ouverte et donne issue au pus tuberculeux; sinon elle est près de s'ouvrir. Ou bien, il s'agit d'une simple cicatrice rétractée, plus ou moins dure, encore adhérente, profondément, à la glande, et reliée à celle-ci par un cordon également dur et rétracté. On peut même noter, alors, que cette cicatrice a perdu toute connexion avec la glande, mais que, tout en conservant ses caractères, elle a recouvré la mobilité normale du scrotum sur les parties sous-jacentes. En un mot, ces conditions anatomiques varient avec l'ancienneté de la lésion tuberculeuse du testicule et de la fistule cutanée que cette lésion a déterminée. Bien entendu, toutes les régions du scrotum peuvent présenter ces fistules ou ces cicatrices. Il est, néanmoins, plus habituel de les voir siéger en arrière et en bas, parce que,