

toute locale et qui sommeille pour ainsi dire. Même lorsque se montrent quelques prodromes avant-coureurs, d'origine urinaire ou prostatique, le pronostic reste encore satisfaisant, à condition, toutefois, que ces symptômes prodromiques n'entraient en rien la fonction rénale ni la fonction vésicale.

Dans un second groupe de faits, où doivent prendre place les malades qui présentent des lésions tuberculeuses suppurées du testicule et, particulièrement, des abcès ouverts et des fistules scrotales, le pronostic prend un caractère plus sévère. Ces malades maigrissent, leur état général s'altère. Mais ils peuvent recouvrer leur état de santé antérieur, s'ils sont traités avec soin.

Dans un troisième groupe de faits, le pronostic général prend définitivement un caractère réellement grave et même fatal. Il s'agit des cas dans lesquels la tuberculose se manifeste sur l'appareil génital de pair avec la localisation testiculaire. Que le rein et la vessie soient primitivement envahis, qu'ils ne le soient que secondairement, à la faveur des lésions prostatovésiculaires, le danger est le même et ce danger est grand. Bien entendu, toutes les autres localisations extragénitales de la tuberculose, survenues au cours de l'orchite tuberculeuse, aggravent par elles-mêmes le pronostic, avec des variantes qui sont liées au siège même de ces tuberculoses. La tuberculose méningée, la tuberculose pulmonaire, la tuberculose péritonéale portent chacune, en elles-mêmes, un pronostic différent, sinon quant à l'évolution fatale, du moins quant à la durée de cette évolution. Inversement, lorsque les accidents testiculaires de la tuberculose sont consécutifs à la tuberculose primitive d'un autre organe, leur pronostic général s'aggrave et son aggravation reste toujours en rapport avec la gravité de la localisation extragénitale primitive.

En fin de compte, on peut dire que la tuberculose testiculaire est, au point de vue le plus général, une affection grave parce qu'elle a, en dehors de quelques cas de guérison spontanée et définitive et aussi en dehors des guérisons maintenues après le traitement chirurgical qu'il convient de lui appliquer, une tendance naturelle à l'envahissement progressif de la totalité de l'appareil génito-urinaire. Mais ce n'est pas une affection mortelle par elle-même et elle ne devient mortelle, en réalité, que par l'adjonction de tuberculoses d'autres organes.

Considérée au point de vue de l'avenir seul des testicules et de la fonction génitale, la tuberculose du testicule présente des conditions pronostiques d'une gravité plus immédiate. Il convient de se demander, ici, deux choses : *a*) le testicule resté sain, demeure-t-il toujours indemne, après la guérison spontanée ou opératoire de la lésion tuberculeuse qui a frappé le testicule du côté opposé ? *b*) quelle est la valeur fonctionnelle du testicule frappé par la tuberculose à l'une quelconque des périodes de l'évolution de la maladie ?

A la première question, la réponse ne peut être donnée que par le

relevé statistique de l'histoire clinique totale d'un grand nombre de malades. Or, dans la grande majorité des observations, on voit que les malades, s'ils sont restés guéris un certain temps de leur maladie, ou bien, malgré l'unilatéralité longtemps conservée de leurs lésions, ont présenté, plus tard, des lésions semblables du côté opposé. Il semble que, tôt ou tard, les deux glandes subissent les mêmes désordres destructifs si l'extension plus grave du processus tuberculeux à d'autres organes leur laisse le temps de se développer.

En ce qui concerne la valeur fonctionnelle des testicules ainsi atteints, on peut dire qu'elle varie selon la période de l'évolution tuberculeuse. Tout au début, nous avons vu que les désirs génésiques subissaient parfois une exacerbation caractéristique. Plus tard, alors que des lésions déjà volumineuses se sont développées, les spermatozoïdes, continuant à être sécrétés par les tubes séminifères, peuvent encore traverser les masses épидидymaires et le sujet rester fécond. Mais bientôt, la faculté de reproduction disparaît, soit parce que le tube épидидymaire s'oblitére, soit parce que le testicule lui-même, détruit en plus ou moins grande part, ne sécrète plus d'animalcules. Les désirs vénériens, d'ailleurs, finissent par disparaître, mais l'impuissance est loin de se montrer avec la même rapidité et la même fréquence dans la tuberculose du testicule que dans la syphilis de cet organe.

Diagnostic. — Le diagnostic de la tuberculose testiculaire s'impose dans un grand nombre des cas qui appartiennent à la forme la plus habituelle de l'affection, c'est-à-dire à la forme chronique. Quand il s'agit de masses bosselées, dures, infiltrant l'épididyme, et, à plus forte raison, quand il s'agit d'abcès et de fistules, l'hésitation n'est guère possible. Malgré cette facilité si fréquente du diagnostic, il convient de l'entourer de tous les moyens d'investigation dont il a été parlé tout à l'heure. L'examen approfondi du testicule, de l'épididyme, du cordon, des vésicules séminales, de la prostate, l'examen de tous les appareils, à commencer par l'appareil urinaire, devient, en effet, dans certains cas restés douteux, une absolue nécessité.

Les difficultés qui se présentent peuvent être rapportées aux deux formes cliniques de l'orchite tuberculeuse chronique, selon qu'il s'agit d'une tuberculose nettement fermée, ou bien d'une tuberculose ouverte, sinon près de s'ouvrir.

Dans le premier cas, alors qu'il s'agit d'une tuberculose fermée, le noyau tuberculeux isolé dans l'épididyme ressemble, à s'y méprendre, aux foyers d'épididymite causés par les vieilles urétrites, à un reliquat d'épididymite blennorrhagique, à l'épididymite syphilitique tertiaire. Et il faut mettre alors en relief les conditions étiologiques de chacune de ces variétés d'épididymite, ou bien insister sur leurs caractères propres, pour éviter l'erreur. D'une manière générale, les épидидymites

d'origine urétrale et, en particulier, l'épididymite blennorrhagique, élisent domicile au niveau de la queue de l'épididyme, respectant, d'une part, le canal déférent qui la continue, d'autre part, le corps et la tête de l'épididyme. La coexistence d'un écoulement par l'urètre, l'examen bactériologique de cet écoulement, son inoculation aux animaux peuvent être, en pareil cas, d'un réel secours. Il en est de même de l'examen du sperme. Les cobayes injectés avec du sperme d'individus atteints de tuberculose épидидymaire ont succombé tuberculeux ainsi qu'en témoignent les récentes expériences de Jaksch (1). Toute l'histoire clinique du malade doit être, aussi, étudiée avec soin. La date du début du noyau épидидymaire, le mode d'évolution de ce noyau, le passé urétral du malade, sont autant d'éléments de diagnostic différentiel dont aucun ne doit être négligé.

Quant à l'épididymite syphilitique tertiaire, outre que c'est une lésion assez rare, elle se différencie par ce fait qu'elle envahit, plus communément que la tuberculose, la totalité de l'épididyme, que sa masse conserve vis-à-vis du testicule une indépendance plus persistante, qu'elle est remarquable par son indolence, qu'elle peut accompagner d'autres accidents de nature spécifique. Néanmoins, l'erreur est possible; la plupart de ces signes caractérisent, parfois, le début de la tuberculose épидидymaire. Le traitement syphilitique devient alors la véritable pierre de touche du diagnostic, faisant régresser, sinon totalement disparaître, les lésions syphilitiques, n'exerçant, par contre, aucune influence régressive sur les lésions tuberculeuses.

Dans le second cas, alors qu'il s'agit d'une forme anatomique plus avancée de la tuberculose testiculaire, c'est-à-dire de foyers tuberculeux ouverts à l'extérieur sinon près de s'ouvrir, le diagnostic pourra présenter encore de réelles difficultés. Toutefois, on peut dire que les abcès, les fistules, les ulcérations, en un mot toutes les lésions qui forment le contingent habituel des suppurations scrotales d'origine testiculo-épидидymaire, ne relèvent guère, en dehors de la tuberculose, que de la syphilis et des tumeurs du testicule. C'est donc, alors, entre la syphilis, la tuberculose et les tumeurs testiculaires que se limite le diagnostic différentiel.

D'une manière générale, la syphilis prédomine dans le testicule, tandis que la tuberculose prédomine dans l'épididyme. La gomme syphilitique, en l'absence d'inversion testiculaire avec laquelle il faut compter, mais qui est une disposition rare, tend à évoluer vers la région antérieure du scrotum et à s'y ouvrir, au lieu que la gomme tuberculeuse évolue plus communément vers la face postérieure des bourses. Les conditions de siège offrent donc, déjà, une importance diagnostique non douteuse. Ensuite, le pus tuberculeux, autant par

(1) JAKSCH, De la présence des bacilles dans les glandes génitales d'individus tuberculeux (*Virchow's Arch.*, 1895, Band CXII, fasc. 1, p. 101, et *Presse méd.*, 1895, n° 66, p. 498).

ses caractères propres que par les résultats de son inoculation au cobaye, diffère des produits de la gomme syphilitique. D'un côté, il s'agit de liquide séro-grumeleux, contenant des petits amas blanchâtres de matière tuberculeuse non encore complètement ramollie; de l'autre, il s'agit d'une bouillie puriforme, légèrement filante et jaunâtre, analogue à une solution de gomme arabique.

Les tumeurs testiculaires, sarcome ou carcinome, ont une évolution bien spéciale. Le sarcome n'occupe, en général, qu'une seule glande; il apparaît chez les sujets jeunes, il a une marche rapide. La métastase sarcomateuse du foie et surtout du poumon est précoce, le malade succombe vite. L'ouverture de la tumeur, au niveau des bourses, crée une ulcération large, à bords décollés, indépendants de la tumeur, et cette ulcération est due à la distension mécanique des parois scrotales. Le carcinome, unilatéral comme le sarcome, se montre à une période déjà avancée de la vie; sa marche est plus lente; c'est par envahissement du scrotum qu'il produit l'ulcération. Il s'accompagne d'adénopathie cancéreuse lombaire.

En vérité, syphilis, tuberculose et tumeurs du testicule peuvent, malgré toutes ces différences, présenter des analogies frappantes et créer des erreurs. Non seulement l'erreur est faite au cours de l'examen, mais elle est encore possible après l'opération, alors que l'on a les pièces sous les yeux. Le microscope seul tranche la difficulté. Il y a, cependant, intérêt à faire un diagnostic précis. Si l'aspect clinique de l'affection, si sa marche sont impuissants à le faire, il n'en est pas de même de l'effet produit par l'application du traitement antisiphilitique. L'administration de l'iodure de potassium à haute dose rend, à ce point de vue, de réels services, et il est rare que l'on se résolve à la castration, dans un cas où subsiste le moindre doute, sans que l'on ait eu recours, auparavant, au traitement pierre de touche.

Si l'on vient, maintenant, à discuter le diagnostic des formes rares de la tuberculose testiculaire, c'est-à-dire de l'orchite tuberculeuse aiguë, on verra que ce diagnostic présente, bien plus souvent que lorsqu'il s'agit de tuberculose chronique, des difficultés parfois insurmontables. Bien entendu, il ne saurait être question, au point de vue de ces difficultés, des causes d'erreur créées par les orchites infectieuses aiguës capables de suppurer. Tout d'abord, ces orchites infectieuses aiguës suppurées sont rares; ensuite, elles sont toujours précédées de l'évolution de l'infection causale et cette infection est, le plus souvent, une fièvre grave telle qu'une fièvre typhoïde. Ici, le tableau clinique est très particulier; l'orchite tuberculeuse aiguë suppurée est loin de s'accompagner des mêmes phénomènes généraux. Mais les vraies difficultés existent tout au début de l'orchite tuberculeuse aiguë, alors qu'il n'y a aucune menace de suppuration. L'orchite traumatique, l'orchite ourlienne et surtout l'orchite blennorrhagique, bien qu'elles s'accompagnent de circonstances

étiologiques absolument spéciales, sont ici la source de fréquentes erreurs. J'insisterai seulement, ici, sur l'orchite blennorrhagique dans la recherche de laquelle aucune indication clinique ne doit être négligée et pour laquelle on est obligé souvent de reporter le diagnostic sur le mode d'évolution.

Traitement. — La thérapeutique de la tuberculose épидидymo-testiculaire n'est pas encore bien fixée et, en ce qui la concerne, on peut dire que le chirurgien n'est conduit par aucune règle précise. Aussi, chacun entend-il le traitement à sa façon. Les uns, influencés par la constatation qu'ils ont pu faire sur certains malades de la guérison spontanée de la tuberculose épидидymo-testiculaire, et dominés, peut-être, par cette idée que la manifestation des lésions sur l'appareil génital n'est qu'un épisode survenu au cours d'une maladie générale dont le bacille pathogène a déjà frappé d'autres organes, prônent surtout le traitement qui s'adresse à l'état général du sujet et ne se décident à l'acte chirurgical qu'au moment où ils ont la main forcée par l'évolution progressive du mal (abcès, fistules). Les autres, témoins, sans doute, du ramollissement fréquent de la tuberculose testiculaire, convaincus, d'autre part, que les lésions de l'appareil génital, souvent primitives, irradient de cet appareil vers d'autres organes, poussés, enfin, vers l'intervention par cette constatation, déjà souvent faite, que les altérations des viscères et la santé générale s'améliorent à la suite d'une éradication du mal local, opèrent alors que la tuberculose, cantonnée dans la profondeur, n'a point encore envahi les téguments et n'a engendré ni abcès ni fistules. Parmi ces chirurgiens, il en est qui, un peu, sans doute, parce qu'ils pensent que, dans un grand nombre de cas, l'épididyme est atteint sans que la glande elle-même soit frappée, beaucoup, surtout, parce qu'ils ont à cœur de ménager l'état mental du patient en lui conservant un « testicule moral », il en est, dis-je, qui pratiquent des opérations partielles atypiques portant sur l'épididyme (injections interstitielles, injections périphériques; curetage, grattage, résection, cautérisations profondes) et éloignent autant que possible le jour du sacrifice complet (castration); il en est d'autres, au contraire, qui, forts de l'enseignement des classiques nous affirmant la coexistence fréquente des lésions du testicule et de l'épididyme et confiants dans les résultats de la destruction totale du foyer d'infection, conseillent d'opérer la castration avant que la maladie ait accompli sur place des progrès trop marqués.

Voici quelle est, au résumé, la thérapeutique acceptée par la majorité des chirurgiens.

PREMIER CAS. *Les lésions sont dures et paraissent cantonnées sur l'épididyme.* — Ici, l'on s'abstient : l'huile de foie de morue, l'arsenic, l'iodoforme, la créosote, le gâicol, sont administrés à l'intérieur; on

force l'alimentation, on donne des vins généreux (?), on recommande le grand air, les « bains de soleil », le séjour sur les bords de la mer, l'exercice, l'hydrothérapie. Au total, on soigne l'état général et l'on néglige momentanément la lésion. Il faut reconnaître que celle-ci guérit quelquefois.

DEUXIÈME CAS. *Les lésions sont ramollies et paraissent toujours cantonnées sur l'épididyme.* — Ici, il faut agir, et presque tous les chirurgiens agissent. Les plus timides en matière d'intervention pratiquent l'ignipuncture profonde et multipliée, suivant les conseils de Mosetig et de Verneuil, ou bien les injections d'éther, d'huile, de glycérine iodoformées, de naphthol camphré, ainsi qu'ont recommandé de le faire Verneuil et Verchère, Reclus, ou bien enfin les instillations périphériques de chlorure de zinc, selon la méthode de M. Lannelongue, tout récemment défendue par Desnos. D'autres, partisans convaincus des opérations plus larges, ouvrent les foyers, en vidant le contenu, en détruisent avec la curette les parois, cautérisent directement le foyer opératoire avec le chlorure de zinc et ferment la plaie : tel Volkmann. Il en est enfin, qui castrant.

TROISIÈME CAS. *Il y a des abcès et des fistules. Le testicule, induré et bosselé, est frappé par la tuberculose.* — Sur ce point, tout le monde est d'accord : il faut pratiquer la castration et l'on ne craint plus aujourd'hui, comme autrefois, la gravité de cette opération, ni la poussée qu'elle était accusée de déterminer sur le testicule opposé.

Telles sont les règles générales dont s'inspire, dans le traitement de la tuberculose épидидymo-testiculaire, la majorité des chirurgiens. Que faut-il en penser ?

a. *Valeur du traitement médical.* — Pour ce qui a trait à la thérapeutique médicale, il ne rentre dans notre esprit ni d'en discuter l'utilité, ni d'en nier les bons effets. Il n'est pas douteux qu'il faut employer chez tous les malades, quelque période de la tuberculose qu'ils aient atteinte, de quelque forme et de quelque localisation du mal qu'ils soient frappés, tous les moyens qui, dans l'arsenal de la thérapeutique médicale, sont susceptibles d'activer la nutrition des patients, d'augmenter leurs forces et de corser la résistance dont ils ont besoin pour la lutte à soutenir contre l'infection. Mais nous pensons aussi qu'il ne faut point se faire illusion sur les résultats de cette thérapeutique d'attente. Il arrive souvent que les lésions paraissent s'améliorer sous l'influence du traitement général et du repos; les symptômes inflammatoires, s'il y en avait, s'atténuent; la tuméfaction s'affaisse, et il ne reste plus dans l'épididyme que des bosselures indurées, des nodosités non douloureuses, à évolution froide, sans réaction inflammatoire; nous savons même, pour l'avoir plusieurs fois constaté sur nos malades, qu'il ne s'agit pas là toujours d'une cure seulement apparente, et nous avons trouvé sur certains