

à la curette, même en exciser un morceau, et suturer au catgut. »

2. Tuberculose sans hydrocèle. — L'on peut, ici, employer deux procédés : ou bien ouvrir la vaginale, comme dans le cas d'hydrocèle concomitante, et pratiquer la résection épидидymaire totale, ou bien utiliser la voie rétro-vaginale et, entre les deux feuillets de réflexion de la séreuse, sur la face postérieure du scrotum, pratiquer, comme Quénu, un curetage méthodique des noyaux tuberculeux. Voici comment Quénu procède :

« Ne s'agit-il que de petits noyaux déposés à froid, soit dans l'épididyme, soit dans le canal déférent, nous saisissons, avec la main gauche, le testicule et faisons saillir le noyau induré sous la peau. Une incision de 3 ou 4 centimètres ouvre le foyer, deux pinces de Kocher saisissent les lèvres de l'ouverture et la curette a vite fait de nettoyer la petite caverne tuberculeuse. Nous touchons la surface cavitaire seulement avec le chlorure de zinc à 1 p. 10 et, si la cavité est petite, nous n'hésitons pas, après avoir bien fait l'assèchement, à tenter la réunion primitive à l'aide de catguts profonds et superficiels. Lorsque le foyer tuberculeux est plus important, nous ne réunissons pas profondément et nous nous bornons à bourrer la cavité avec de la gaze iodoformée (1). »

Entre ces deux opérations : résection totale et typique, et résection partielle et atypique, que j'ai l'une et l'autre pratiquées un bon nombre de fois, je donne la préférence à la première, que j'ai cependant moins souvent employée. Cette ouverture large des foyers tuberculeux, suivie du curetage et de la cautérisation au chlorure de zinc, constitue certes une excellente opération, mais une opération souvent incomplète ; lorsque le corps tout entier de l'épididyme est atteint, il est bien difficile que de petits centres de caséification n'échappent pas à l'exploration. C'est là, du reste, l'inconvénient principal des résections atypiques en général, que des lésions petites, profondes ou cachées, peuvent être abandonnées dans les tissus et repulluler après l'opération.

Dans l'ensemble, elles constituent l'une et l'autre le traitement de choix de l'épididymite tuberculeuse. Evidemment, elles peuvent être suivies d'une récurrence et il m'est arrivé deux ou trois fois d'être obligé de pratiquer des castrations secondaires ; mais on peut dire qu'elles évitent à la plupart des malades le cruel sacrifice d'une amputation testiculaire.

3. Tuberculose compliquée. — Elles deviennent, d'ailleurs, insuffisantes, quand, en même temps que des lésions épидидymaires, on constate l'existence de lésions vésiculo-déférentielles. Ici une autre opération s'impose, qui est encore toute nouvelle et qu'on a peu pratiquée encore : je veux parler de la funiculo-vésiculectomie qui, sui-

(1) QUÉNU, Traitement opératoire de la tuberculose épидидymaire (*Gaz. méd. de Paris*, 1896, n° 20, p. 225).

vant les cas, devra être combinée soit avec l'épididymectomie simple, soit avec la castration totale.

Voici les procédés qui ont été jusqu'à ce jour employés :

Villeneuve (de Marseille) (1) a utilisé la voie inguino-scrotale seule, en « pénétrant par le trajet inguinal, après avoir ouvert la vaginale et pratiqué l'épididymectomie. On tire sur le canal déférent comme sur le ligament rond dans l'opération d'Alexander, et, en décollant le tissu cellulaire, on arrive sur la base de la prostate et la vésicule. »

Roux (de Lausanne) (2) commence son opération par la voie abdominale, enlève, par cette voie, tout ce qu'il peut du canal déférent, et termine par la voie périnéale qui lui permet de sectionner le releveur dans toute sa hauteur, arrive sur la prostate, introduit l'index dans le rectum, accroche, à travers la paroi de l'intestin, la vésicule séminale et l'amène dans la plaie périnéale où il l'excise.

Baudet et Kendirdjy (3), utilisant, dans la recherche de la vésicule, le procédé préconisé par Quénu pour l'extirpation du rectum par la voie périnéale, commencent par extirper la vésicule séminale et par libérer le canal déférent. Ensuite, seulement, ils terminent l'opération en extirpant le reste du canal déférent par la voie inguino-scrotale.

Il est assez difficile de porter, à l'heure qu'il est, un jugement définitif sur ces opérations un peu compliquées, qui, d'ailleurs, semblent bénignes. Il reste entendu que la résection du canal déférent ne trouble pas la vitalité testiculaire.

f. *Valeur des méthodes atrophiantes.* — Le moment n'est pas encore venu d'apprécier la méthode atrophiante que Mauclaire (4) a récemment appliquée au traitement de la tuberculose épидидymaire et dont il a consigné les premiers résultats dans un intéressant mémoire. D'après lui, la meilleure des méthodes atrophiantes consisterait dans la section de tous les éléments du cordon, sauf le canal déférent, l'artère déférentielle et les veinules qui accompagnent celle-ci. Dans les cas de tuberculose non suppurée, on obtiendrait « l'atrophie rapide de l'organe malade et la formation d'un noyau fibro glandulaire ou fibro ex-glandulaire petit, dur, indolore à la pression, qui donne au malade l'illusion d'un testicule suffisant ».

ORCHI-ÉPIDIDYMITE SYPHILITIQUE (5)

Le testicule obéit, comme la plupart des viscères et en particulier le foie, aux deux modes de l'infection syphilitique : la syphilis héréditaire.

(1) VILLENEUVE, *loc. cit.*

(2) ROUX, *Cinquième Congrès franç. de chirurgie*, séance du 3 avril 1891 (*Sem. méd.*, 8 avril 1891, n° 18, p. 143).

(3) BAUDET et KENDIRDJY, *Gaz. des hôp.*, 15 octobre 1898.

(4) MAUCLAIRE, Traitement de la tuberculose épидидymique-testiculaire et les sections des éléments du cordon spermatique, (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, Avril 1900, n° 4, p. 256.)

(5) Cet article a été écrit par M. Jean PETIT, interne des hôpitaux.

ditaire et la syphilis acquise. Bien qu'il existe une grande inégalité entre ces deux variétés étiologiques de la syphilis du testicule, tant au point de vue de leur fréquence que du nombre de travaux dont elles ont été jusqu'ici l'objet, nous croyons utile de les étudier à part et de décrire, d'abord la *syphilis héréditaire* de l'enfant, puis la *syphilis acquise* par l'adulte.

A. Syphilis héréditaire. — La notion du testicule syphilitique héréditaire est de date relativement récente. La première observation publiée, sur ce sujet, paraît être due à Gosselin (1). Cet auteur avait, en effet, présenté en 1858, à la Société de chirurgie de Paris, un enfant de dix mois, syphilitique, et atteint de fongus bénin du testicule. Mais, ce furent les médecins anglais qui, les années suivantes, contribuèrent le plus à répandre cette nouvelle notion. En 1862, North (2) publia l'observation d'un enfant de quatorze mois, issu de parents syphilitiques, qui présentait, avec une éruption spécifique, un testicule gauche du volume d'un œuf de pigeon, lourd et indolore. North remarqua, de plus, que le volume et l'aspect de la glande étaient redevenus normaux sous l'influence du traitement mixte. Plus tard, Thomas Bryant (3), Wilks, Holmes, Henning (4), Taylor (5), Lewin (6), Hensch (7), publièrent des observations à peu près analogues. Cependant, bien que Wilks eût affirmé, le premier, la participation de l'épididyme aux lésions testiculaires, on ne distinguait pas encore, à cette époque, si l'induration spécifique de la glande appartenait au testicule seul, ou bien au testicule et à l'épididyme réunis.

L'étude plus approfondie de ces testicules syphilitiques de l'enfant devait, grâce au microscope, mieux définir la nature anatomique et partant le pronostic de cette affection. Ces premières recherches furent faites par le professeur Cornil (8) à propos d'un enfant mort syphilitique, dans le service d'Obédénare, à Bucharest.

Mais on doit au professeur Hutinel (9) le travail le plus complet paru sur la question. Ce travail contient, en dehors d'observations personnelles, des examens histologiques qui ont permis d'établir, sur l'histoire des testicules syphilitiques héréditaires, des notions restées fondamentales.

Depuis ce mémoire, il a été publié, sur le même sujet, un certain

(1) GOSSELIN, *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1858-1859, t. I, p. 131.

(2) NORTH, *Med. Times and Gazette*, 1862, vol. I, p. 403.

(3) TH. BRYANT, *Med. Times and Gazette*, 1863, vol. II, p. 614.

(4) HENNING, *Jahrb. für Kinderkrankheiten*, 1872.

(5) TAYLOR, Syphil. Lesions of the osseous system in Infants and young Children, 1875, p. 16.

(6) LEWIN, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 13^e année, nos 2 et 3, 10 et 17 janvier 1876.

(7) HENCH, *Soc. de méd. de Berlin (Berlin. klin. Wochenschr.)*, 1877, n^o 33, p. 483.

(8) CORNIL et RANVIER, *Manuel d'histologie pathologique*. Paris, p. 1099.

(9) HUTINEL, Étude sur les lésions syphilitiques du testicule chez les jeunes enfants (*Revue mensuelle de méd. et de chir.*, Paris, 1878, p. 107).

nombre d'observations et de leçons cliniques. Mais quatre travaux méritent surtout d'attirer l'attention : l'ouvrage du professeur Fournier (1) sur la syphilis héréditaire tardive ; le mémoire de Carpenter (de Londres) (2) ; le mémoire du professeur Taylor (de New-York) (3) ; et, enfin, l'excellente thèse publiée récemment par Seringe (4), thèse à laquelle nous ferons de nombreux emprunts.

Anatomie pathologique. — Sans vouloir insister, maintenant, sur la coexistence plus ou moins fréquente des lésions du testicule et de l'épididyme au cours de la syphilis héréditaire, point sur lequel nous aurons à revenir plus loin, il semble cependant que l'on doive étudier à part les lésions présentées par ces deux organes.

Dès 1878, le professeur Hutinel avait bien précisé les modifications anatomiques apportées par la syphilis héréditaire dans le testicule des jeunes enfants. Il fit voir que, chez l'enfant, né syphilitique, les altérations du testicule n'avaient pas d'autre origine que le trouble apporté à l'évolution de la glande. Dans le testicule de l'enfant, il existe, en effet, deux tissus à destinées bien différentes. L'un, tissu glandulaire, futur tissu sécréteur, sommeille jusqu'à la puberté et fait du testicule un *organe d'attente*. L'autre, tissu conjonctif, prend seul part au développement de la glande chez le jeune sujet. Or, c'est dans cette substance interstitielle que l'on trouve, chez l'enfant, les premières traces de la syphilis héréditaire.

Cependant, sur une coupe macroscopique du testicule, les modifications de structure sont à peine visibles. La glande paraît bien congestionnée, plus résistante et plus dense que ne l'est une glande normale. On voit aussi, sur la tranche de section, de nombreux orifices vasculaires et des points blanchâtres ayant l'aspect de grains de semoule. Mais, à part l'exagération de volume de la glande, il ne se rencontre point, en somme, de lésions macroscopiques capables d'éveiller l'attention d'observateurs non prévenus. C'est, sans doute, pour ce motif, que la syphilis testiculaire de l'enfance est longtemps restée ignorée.

Le microscope a réparé cette lacune et le professeur Hutinel a pu, grâce à lui, établir la série des lésions que provoque la syphilis héréditaire. Cette série comprend deux temps. Dans un premier temps, les lésions sont peu avancées ; on voit des amas de cellules embryonnaires autour des vaisseaux, dans les espaces interlobaires. De là, cette hypertrophie de la glande qui est dure et vascularisée à l'excès. Plus tard, les altérations ont une tendance manifeste à la diffusion.

(1) FOURNIER, Syphilis héréditaire tardive. Paris, 1886.

(2) CARPENTER, Affections of the Testicle in hereditary Syphilis (*The Practitioner*, septembre 1892).

(3) TAYLOR, Affections of the Testicles and their appendages in hereditary Syphilis (*The New-York med. Journ.*, 18 novembre 1893).

(4) SERINGE, Le testicule dans la Syphilis héréditaire, thèse de Paris, 1899.

La sclérose s'installe, étouffant les tubes séminifères et provoquant l'atrophie de la glande. Dans un second temps, la destruction glandulaire se produit parce que la sclérose envahit les parois des tubes séminifères. En pareil cas, le testicule peut encore rester dur, gros et pesant; il n'en sera pas moins atrophié, fibreux, avec quelques rudiments de tubes privés d'épithélium ou bien tapissés par des débris de cellules épithéliales.

La diffusion caractérise donc les lésions histologiques du testicule syphilitique héréditaire, et c'est le tissu de sclérose qui se diffuse ainsi. Une seule fois, Hutinel a rencontré, dans le testicule, un noyau petit, isolé, entouré de cellules embryonnaires et ayant les apparences d'une petite gomme.

La régularité de la diffusion dans la syphilis héréditaire du testicule tient, sans doute, à ce que les lésions sont, ici, intimement liées à l'évolution de la glande. Chez l'adulte, au contraire, les lésions diffusent sans régularité, parce qu'elles atteignent un organe qui fonctionne et dont le développement est complet. « Il suffit d'avoir vu la régularité des lésions osseuses dans le jeune âge et de l'avoir comparée à l'irrégularité des périostoses de l'adulte, d'avoir étudié successivement les lésions syphilitiques du foie aux différentes périodes de la vie, pour conclure que l'histoire des lésions syphilitiques des jeunes sujets doit être dominée par celle du développement des organes. »

Il existe donc, la tendance à la diffusion mise à part, de grandes ressemblances entre ces lésions et celles que Malassez et Reclus ont décrites dans le testicule syphilitique de l'adulte. L'albuginée elle-même, bien que d'aspect normal dans la grande majorité des cas, peut être, quelquefois, le siège d'une véritable albuginite.

La description donnée par Hutinel a été plus récemment vérifiée par Pilliet (1). En faisant l'examen histologique de plusieurs testicules de nouveau-nés, Pilliet fut frappé de l'abondance du tissu conjonctif qui existait au niveau du corps d'Highmore et aussi de l'extrême dilatation des vaisseaux de la glande. La région du corps d'Highmore présentait de véritables nappes sanguines et même des hémorragies interstitielles. Le tissu conjonctif se continuait, très abondant, avec les masses des travées interlobaires, et il présentait deux petits amas embryonnaires. Lorsque, ajoute Pilliet, les enfants qui présentent de telles lésions survivent, il y a lieu de se demander ce que deviennent les organes ainsi atteints et s'ils ne contribuent pas, pour une part, à grossir le chiffre des testicules scléreux, atrophiés, ou non développés, les *haricocèles* de Ricord.

Les lésions histologiques propres à l'épididyme, longtemps passées inaperçues, ont été précisées par les recherches de Seringe.

(1) PILLIET, Apoplexie du corps d'Highmore chez le nouveau-né (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 75^e année, 5^e série, t. IV, oct., nov. 1890, f. 18, p. 471).

a étudié comparativement les épididymes sains et les épididymes d'enfants supposés syphilitiques ou franchement atteints de syphilis héréditaire. D'après lui, il existe un défaut de parallélisme entre les lésions de l'épididyme et celles du testicule dans un même cas donné. « Sur nos coupes, nous avons trouvé, comme lésions, en plein tissu interstitiel de l'épididyme, de nombreuses trainées de cellules conjonctives de nouvelle formation, aux noyaux tranchant par l'intensité de leur coloration sur ceux des cellules voisines. Ça et là, dans l'intervalle des tubes, des amas de cellules embryonnaires forment des groupes disposés autour de la lumière d'un vaisseau, sortes de petites gommées microscopiques, à leur stade de début, analogues à celles décrites par M. Hutinel dans le tissu interstitiel du testicule. Dans la tête de l'épididyme, cette prolifération conjonctive, sous forme de trainées cellulaires, est surtout riche au niveau des travées conjonctives qui séparent les cônes efférents et qui sont épaissies et plus larges qu'à l'état normal. D'innombrables cellules rondes y dessinent le trajet des vaisseaux au milieu des cloisons. Dans l'albuginée épididymaire, on trouve des trainées de cellules rondes ou de lymphocytes disposés dans son épaisseur ou dans sa couche profonde. »

Ce sont là, en somme, des lésions d'épididymite interstitielle.

En dehors de ces lésions, qui sont fondamentales, les gommées sont rares. Le professeur Hutinel a, le premier, affirmé leur existence et, après lui, le professeur Fournier (1), Bogdan (2), Carpenter (3), en ont rapporté quelques exemples. Le fongus du testicule existe aussi dans la syphilis héréditaire, mais plus rarement encore que la gomme. La tunique vaginale présente plus souvent qu'on ne pense un épanchement. Elle est alors épaissie, opaque, de coloration laiteuse, sans jamais présenter ni symphyse totale ni adhérences. Quant au cordon, on le trouve exceptionnellement intéressé. Tout au plus, le canal déférent peut-il être augmenté de volume au voisinage de l'épididyme.

Étude clinique. — La syphilis testiculaire héréditaire s'accompagne, assez souvent, d'autres manifestations de l'hérédosyphilis : syphilides cutanées et muqueuses, affections osseuses ou viscérales, troubles nerveux, troubles des organes des sens. Mais, en dehors de ces manifestations multiples, faciles à reconnaître, et dont la découverte fait songer à examiner l'état du testicule, le testicule syphilitique héréditaire présente, par lui-même, des signes suffisamment caractéristiques. Le testicule est augmenté de volume, dur, lisse, indolore, et l'hydrocèle se montre dans le quart des cas. L'épididy-

(1) FOURNIER, Un cas de syphilis héréditaire caractérisée par une infiltration gommeuse quasi généralisée (*Gaz. des hôp.*, 1887, n^o 150, p. 1274).

(2) BOGDAN, *Ann. de derm. et de syph.*, 1893, p. 1213.

(3) CARPENTER, *loc. cit.*

mite accompagne, souvent, le sarcocèle. Mais il est exceptionnel de rencontrer l'épididymite indépendamment de toute participation du testicule. Comby (1), Moncorvo (2) ont cependant signalé des faits de cette nature.

Quoi qu'il en soit, le sarcocèle syphilitique peut se montrer dès les premiers jours de la vie et même exister au moment de la naissance. Son maximum de fréquence se voit du deuxième au septième mois. Mais on l'a rencontré, aussi, plus tard, au cours des premières années. Son apparition peut encore, à l'égal d'autres manifestations de l'hérédosyphilis, se faire très tardivement, à seize, dix-huit, dix-neuf et vingt-quatre ans, comme en témoignent les observations rapportées dans le travail de Seringe (observations 69, 70, 114). Dès 1886, le professeur Fournier (3) avait attiré l'attention sur ces faits. En pareil cas, le testicule présente, non plus l'aspect d'une petite masse dure et lisse qu'il est commun de rencontrer dans la syphilis héréditaire précoce, mais l'aspect d'une masse bosselée et noueuse qu'il est rare de voir chez le tout jeune enfant. Le sarcocèle syphilitique héréditaire est, enfin, dans la grande majorité des cas, une lésion bilatérale. Si l'unilatéralité existe, cliniquement, elle n'est pas confirmée par le microscope, au dire du professeur Hutinel.

La coexistence assez fréquente de l'hydrocèle dans la syphilis héréditaire du testicule mérite d'attirer l'attention. Sur 95 cas examinés par lui, Seringe l'a notée 25 fois, soit un quart de fois environ. Cette proportion, supérieure à celle qui avait été admise jusqu'ici, se rapproche des chiffres annoncés par Carpenter et par Taylor. Elle montre, aussi, qu'il ne faut pas négliger de rechercher la cause de l'hydrocèle infantile, cause qui passe si souvent inaperçue. Il y a lieu de se demander, en effet, si un certain nombre de ces hydrocèles de l'enfant, non liées à la syphilis héréditaire ni à la tuberculose du testicule, ne pourraient pas être, en elles-mêmes, des manifestations de l'hérédosyphilis.

Diagnostic et pronostic. — Le diagnostic de l'hérédosyphilis testiculaire ne présente de difficultés que par la ressemblance, parfois très grande, qui existe entre la tuberculose et la syphilis du testicule chez l'enfant. Les deux affections peuvent se montrer dans des conditions absolument analogues, envahissant, l'une et l'autre, le testicule, l'épididyme, le cordon, produisant des gommages capables de s'évacuer au dehors et de déterminer le fungus, aboutissant enfin à la sclérose atrophique de l'organe. La différenciation s'établit facilement s'il existe, chez le petit malade, d'autres manifestations évidentes de l'hérédosyphilis. Elle se base encore sur certains signes propres à la syphilis, tels que la bilatéralité habituelle du sarcocèle, la rareté

(1) COMBY, *Ann. de dermat. et de syph.*, 1889, p. 706.

(2) MONCORVO, *Voy. thèse SERINGE*, p. 62, *loc. cit.*

(3) FOURNIER, *loc. cit.*

plus grande de l'épididymite, des gommages, de la déférentite, et surtout l'action de l'iode de potassium dont on connaît les effets, utiles, s'il s'agit de syphilis, nuisibles, au contraire, s'il s'agit de tuberculose.

Indépendamment du pronostic fâcheux que présentent toutes les variétés de lésions hérédosyphilitiques capables d'accompagner la localisation testiculaire, le sarcocèle syphilitique du nouveau-né et du jeune enfant est en lui-même une affection grave. L'anatomie pathologique nous avait déjà fait prévoir cette gravité. Le testicule, frappé dans son développement, est voué à l'atrophie, à moins que la marche de la sclérose spécifique ne soit enrayée par l'action du traitement. Et, plus tard, si le sujet atteint l'âge de la puberté, la glande sera privée de sa fonction.

Mais on doit aller plus loin dans l'appréciation de ce pronostic. Puisque la généralisation de l'orchite interstitielle, chez l'adulte, détermine une sclérose totale de la glande et aboutit à une « véritable castration sous-albuginée », il est permis de penser que l'orchite interstitielle double syphilitique entraînera, chez l'enfant, les mêmes effets que la castration double. Or, d'après les recherches de Variot et de Paul Bezançon (1), le testicule joue un rôle important comme régulateur du mouvement nutritif, particulièrement à l'époque de la puberté. La sclérose testiculaire double doit donc entraver le développement du jeune sujet. Ce défaut de développement, peu accusé chez l'enfant du premier âge, serait « capable de se traduire, ultérieurement, par tous les signes extérieurs qui constituent l'infantilisme. Ce serait donc là un véritable infantilisme acquis, secondaire à la sclérose testiculaire, indépendant de cet arrêt de développement de date utérine : l'infantilisme congénital, dystrophie native qui peut être la caractéristique de la tare hérédosyphilitique chez l'enfant. »

Traitement. — Cette gravité du pronostic indique suffisamment avec quelle hâte il convient de traiter ces accidents pour les prévenir, si c'est possible, ou tout au moins les enrayer. Les conditions dans lesquelles se présente la tare héréditaire varient, à ce point de vue, avec les deux conditions suivantes : ou bien le médecin est mis en présence d'un fœtus voué à l'hérédosyphilis par hérédité paternelle ou maternelle, ou bien la syphilis héréditaire n'est diagnostiquée que chez le nouveau-né ou chez le jeune sujet. Dans le premier cas, le traitement antisiphilitique, s'il est appliqué de bonne heure, avant le cinquième mois de la grossesse, a des chances d'être un traitement préventif et de mettre le fœtus à l'abri des manifestations hérédosyphilitiques. On soumet alors la mère à l'action du mercure sous forme de frictions, de pilules, ou d'injections d'huile grise, et l'on

(1) VARIOT et PAUL BEZANÇON, Influence de la sécrétion testiculaire sur le développement organique (*Gaz. méd. de Paris*, n° du 14 mai 1892).

associe ou non l'iodure de potassium au mercure. Ce traitement est rigoureusement suivi pendant tout le cours de la grossesse, mais avec interruptions périodiques, selon la règle admise dans le traitement classique de la syphilis. Dans le second cas, si l'enfant naît syphilitique, on le soumettra de même au traitement spécifique, sous forme de liqueur de Van Swieten et de frictions, soit par association de l'iodure et du mercure. Mais, chez cet enfant né syphilitique, il faudra apporter les plus grands soins dans le mode d'allaitement. Les nouveau-nés hérédosyphilitiques réclament, par-dessus tout, l'allaitement maternel. Chez eux, le traitement médicamenteux devient une nécessité pressante s'ils sont manifestement hérédosyphilitiques, ou bien si le traitement imposé à la mère dans le cours de la grossesse a été jugé insuffisant; on est cependant en droit de surseoir à l'administration du mercure si ces nouveau-nés ont belle apparence et subissent un accroissement régulier.

B. Syphilis acquise. — Historique. — On a, pendant longtemps, classé dans un même groupe toutes les orchites vénériennes. Ce fut seulement avec Benjamin Bell (1), au commencement de ce siècle, que l'on distingua nettement, au point de vue clinique, les manifestations testiculaires de la syphilis et de la blennorrhagie. Plus tard, Dupuytren (2) montra l'importance du diagnostic de la syphilis testiculaire. Avant d'enlever les tumeurs du testicule dont le diagnostic lui paraissait douteux, il avait soin de soumettre les malades au traitement antisiphilitique. Ricord (3) laissa, ensuite, une description parfaite du sarcocèle syphilitique. Il nia, toutefois, la possibilité de la suppuration du sarcocèle, et son erreur, continuée par tous ses contemporains, ne fut contredite que par les observations publiées en 1878 et en 1879 par Terrillon, Reynier et Reclus (4).

Mais déjà, en 1862, Dron (5) avait insisté sur les manifestations de la syphilis du testicule à la période secondaire, et montré sa localisation sur l'épididyme. Cette épididymite secondaire de Dron fut plus tard admise par Fournier, Tédénat (6), et son étude a été reprise, en 1890, par Cuilleret (7).

(1) BENJAMIN BELL, *Traité de la gonorrhée virulente*, trad. de Bosquillon, Paris, 1802, t. II, p. 190.

(2) DUPUYTREN, *Leçons orales*, t. IV, p. 236.

(3) RICORD, *Testicule syphilitique*, traité pratique de l'inoculation appliquée aux maladies vénériennes, p. 640, 1838.

(4) RECLUS, *De la syphilis du testicule*. Paris, in-8°, 1882. — *Du sarcocèle syphilitique, clinique et critique chirurgicales*. Paris, 1884.

(5) DRON, *De l'épididymite syphilitique* (*Arch. gén. de méd.*, 6^e série, t. II, p. 513, 724, 1853).

(6) TÉDÉNAT, *Études sur les affections syphilitiques du testicule* (*Monit. méd.*, 1881).

(7) CUILLERET, *Étude sur l'épididymite syphilitique secondaire*, thèse de Lyon, 1890.

Au point de vue anatomo-pathologique, c'est à Malassez (1) et à Reclus que l'on doit les notions fondamentales sur la question. Leur mémoire, paru en 1882, reste, aujourd'hui encore, le document le plus complet. Tous les travaux ultérieurs n'ont fait que confirmer leurs assertions, apporter des observations nouvelles et rendre plus évidentes les formes cliniques sous lesquelles se montre la syphilis testiculaire.

Étiologie. — On est loin d'être d'accord sur les notions étiologiques fournies par les auteurs à propos de la syphilis du testicule. La plupart des syphiliographes actuels, revenant aux idées de Dupuytren, considèrent l'envahissement du testicule comme un phénomène ordinairement spontané ou dont, le plus souvent, la cause échappe. On a cependant voulu voir, dans la détermination testiculaire de la syphilis, la prédisposition d'un organe antérieurement taré, soit, comme le dit Fournier (2), par le surmenage génital, soit, au contraire, comme le pensait Ricord, par la continence prolongée, soit par un traumatisme plus ou moins violent, soit par une infection antérieure. De toutes ces causes prédisposantes, les deux dernières seules paraissent présenter quelque vérité, si l'on tient compte des faits signalés dans les observations. Reclus, dans sa thèse, rapporte, en effet, plusieurs exemples d'orchite syphilitique ayant succédé à un traumatisme subi par la glande. Ricord insistait beaucoup, d'autre part, sur l'inflammation blennorrhagique du testicule précédant l'orchite syphilitique. Plus récemment, Montaz (3) a rapporté le fait démonstratif que voici : Un individu, syphilitique, fut atteint de blennorrhagie avec épididymite blennorrhagique très nette. Quelque temps après cette blennorrhagie, il présenta la forme banale du testicule syphilitique. Le traitement spécifique fut alors institué et la lésion disparut.

Quoi que l'on puisse dire, il n'en reste pas moins vrai que, dans la plus grande majorité des cas, l'orchite syphilitique survient sans cause occasionnelle appréciable, presque totalement à l'insu du malade. L'indolence caractéristique de l'affection ajoute, même, à l'ignorance où se trouve le malade du début des accidents, et la tumeur est déjà grosse lorsqu'il s'en aperçoit.

Il est, sans doute, plus facile de connaître le degré de fréquence du testicule syphilitique. Cette fréquence égalerait, selon les auteurs, celle de la syphilis hépatique. Balme (4) pense, d'après une statistique du professeur Fournier, qu'il y a, environ, un cas de syphilis

(1) MALASSEZ et RECLUS, *Sur les lésions histologiques de la syphilis testiculaire* (*Arch. de phys.*, 1882, p. 946).

(2) FOURNIER, *Du sarcocèle syphilitique* (*Ann. de derm. et de syph.*; *Mouv. médical*, 1875).

(3) MONTAZ, *Dauphiné médical*, janvier 1892.

(4) BALME, *De l'épididymite syphilitique*, thèse de Paris, 1876.