

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) TÉDENAT, *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 dermat. et de syph.*; *Mouv. médical*, 1875).

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

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

du testicule sur trente cas de syphilis. Reclus rapporte des chiffres à peu près analogues que lui a donnés Leprévost.

Il existe moins de précision dans les rapports qui pourraient lier la malignité de l'infection syphilitique à sa localisation sur le testicule. On ne saurait, en effet, conclure que le testicule syphilitique appartient aux seules syphilis graves quand on lit les observations nombreuses où le testicule a été envahi lentement, mais sûrement, au cours de syphilis bénignes qui n'avaient déterminé qu'un très petit nombre de lésions organiques.

A quelle époque de l'évolution syphilitique le testicule est-il envahi ? Si l'on s'en tient au temps qui sépare l'envahissement du testicule de l'apparition des premières manifestations de la syphilis, les plus grandes variations paraissent exister sur ce point. D'après Ricord, la syphilis du testicule se montrerait comme une manifestation précoce de la période tertiaire de la syphilis, le testicule ne serait pris que « lorsque la syphilis aurait épuisé la série de ses atteintes du côté de la peau et des muqueuses », c'est-à-dire vers la troisième ou la quatrième année, et quelquefois plus tard. Mais, nombreux sont les cas où l'apparition de la syphilis du testicule a été plus précoce. Par contre, si l'on se limite, sans précision de dates, aux trois grandes périodes de l'évolution syphilitique, on voit que la détermination testiculaire de la syphilis coïncide avec l'apparition des phénomènes de la période secondaire ou plus souvent de la période tertiaire.

A côté de l'ancienneté plus ou moins grande de la vérole et de l'espace de temps qui sépare sa détermination testiculaire des manifestations les premières en date de la syphilis, il convient de mettre en évidence l'âge des sujets atteints. Or, bien que le sarcocèle syphilitique des jeunes sujets relève plus communément de l'hérédosyphilis, il n'en est pas moins, parfois, une conséquence de la syphilis acquise. Mais la plus grande fréquence du sarcocèle se montre pendant le cours de l'activité sexuelle et elle décroît au fur et à mesure que la fonction génitale s'affaiblit.

Anatomie pathologique. — Si l'épididymite syphilitique secondaire est bien une entité morbide au point de vue clinique, il n'en est pas de même au point de vue anatomique. Il s'agit, en effet, d'une nodosité dure et indolente dont l'examen histologique n'a pas été fait, parce qu'elle guérit sous l'influence du traitement spécifique. Il est, seulement, intéressant de retenir que cette nodosité occupe la tête de l'épididyme, et qu'elle est aussi souvent unilatérale que bilatérale. Reclus pense que cette nodosité est formée de dépôts gommeux. Toutefois, la démonstration histologique de ces dépôts gommeux reste encore à faire.

Plus précises sont, depuis les travaux de Malassez et de Reclus, les données que l'on possède sur l'anatomie pathologique du testi-

cule syphilitique tertiaire. D'une manière générale, la syphilis du testicule obéit aux lois de l'évolution de la syphilis tertiaire. Ce serait donc, dit Reclus, une *orchite scléro-gommeuse*, « il n'y aurait jamais de gomme sans sclérose, et il est rare de rencontrer de la sclérose sans gomme ». A l'examen macroscopique, le fait peut paraître douteux ; mais, sous le microscope, il devient évident. Aussi, Reclus ne veut-il pas séparer, dans son travail, l'étude de la gomme de celle de la sclérose du testicule. Cependant, si l'on tient compte de l'évolution schématique de ces deux processus connexes, il y a lieu de les étudier séparément.

Nous étudierons donc les lésions syphilitiques tertiaires du testicule dans l'ordre suivant : 1° les lésions des organes génitaux externes annexés ; 2° les lésions de l'épididyme ; 3° l'orchite scléreuse interstitielle avec sa conséquence habituelle, l'atrophie ; 4° la gomme du testicule et le fongus.

a. **Lésions des organes génitaux annexés au testicule.** — Il s'agit particulièrement, ici, des lésions de la tunique vaginale. On dit que l'hydrocèle est la règle dans le sarcocèle syphilitique. Reclus pense qu'elle ne se montre que dans la moitié des cas. Au début de l'affection, l'hydrocèle serait fréquente ; à la période tardive, elle serait plus rare. Virchow, Kocher, Rollet, Reclus, ont, en effet, noté que, au fur et à mesure que l'orchite vieillit, les deux feuillettes de la séreuse s'épaississent et se fusionnent. Il faut alors disséquer le testicule pour l'isoler des néomembranes qui l'entourent. Parfois, même, les enveloppes des bourses, dans leur totalité, forment une membrane unique, d'aspect fibro-cartilagineux, sorte de gangue qui circonscrit le testicule, l'épididyme et le canal déférent. Cette lésion constitue une véritable pachyvaginalite dont les tissus néoformés sont remplis de vaisseaux abondants et friables. Ainsi se trouvent réunies les conditions de l'hématocèle vaginale. Il y a donc lieu de ranger la syphilis parmi les causes de la pachyvaginalite.

b. **Lésions de l'épididyme et du cordon.** — L'épididyme est rarement atteint dans le sarcocèle syphilitique. On a, cependant, décrit une variété clinique d'épididymite syphilitique tertiaire avec induration du testicule. Anatomiquement, Delahaye (1) suppose qu'il s'agit là d'une infiltration scléro-gommeuse intertubulaire, et surtout périépididymaire, se présentant sous forme d'une ou de plusieurs indurations, de consistance et de volume variables, susceptibles, toutefois, de se ramollir et de donner naissance à un bourbillon gommeux, après ulcération des tissus qui les recouvrent. Le plus habituellement, donc, l'épididyme reste normal, au cours de l'évolution du sarcocèle syphilitique, et comme le testicule subit l'atrophie, l'épi-

(1) DELAHAYE, De l'épididymite syphilitique tertiaire, thèse de Lyon, 1895-1896, n° 1104.

didyme paraît le recouvrir presque entièrement. Parfois, cependant, son aspect est anémié et blanchâtre. Mais sa perméabilité reste intacte. Reclus a pu voir une colonne de mercure traverser le tube épидидymaire pour pénétrer jusqu'au niveau des cônes efférents.

Pour résumer, il convient d'opposer la rareté de la syphilis épидидymaire à la fréquence de la tuberculose de l'épididyme. Ricord disait : « Lorsque le testicule est atteint de tuberculose, il y a toujours des dépôts caséux dans l'épididyme. » Reclus renverse cette loi et dit : « Toutes les fois que l'épididyme est affecté par la syphilis, le testicule est pris plus profondément. » L'indemnité de l'épididyme, dit Fournier, n'existait que 18 fois sur 39 cas soigneusement observés à ce point de vue. Encore s'agit-il là d'examen cliniques qui ont manqué du contrôle anatomique. Mais, lorsque ce contrôle a pu être fait, il a montré que les lésions de l'épididyme ne différaient guère de celles du testicule et qu'il existait des productions semblables de tissu fibreux périphérique capable d'étouffer le tube épидидymaire comme les productions fibreuses de l'orchite interstitielle étouffent, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, les tubes sécréteurs du sperme.

A côté de la vaginale et de l'épididyme, le cordon n'échappe pas aux lésions que crée la syphilis testiculaire. Ricord, Verneuil, Kocher, Reclus, Lancereaux en ont cité des exemples.

c. **Lésions du testicule.** — 1° *Orchite.* — Dans l'orchite interstitielle, le testicule est volumineux, lourd, doublé ou triplé de volume. Quand on le coupe, au lieu d'une masse molle et jaunâtre, on trouve un parenchyme dur et rosé. Les tubes testiculaires sont difficilement décollables et ils se dilacèrent facilement.

La dissémination de la sclérose est d'ailleurs irrégulière. Du *rete testis* induré partent des travées qui circonscrivent des espaces où les tubes persistent encore. L'albuginée est épaissie, dans sa totalité, sinon partiellement. Son aspect est dense et sa consistance cartilagineuse.

On ne peut la séparer, ni de la séreuse vaginale, ni de la glande, avec laquelle ses fibres se continuent. Des dépressions existent à sa surface interne d'où partent de puissantes travées fibreuses qui la relient au corps d'Highmore.

Dans son ensemble, le testicule est dur, criant sous le scalpel, ressemblant à une sorte de fibrome irrégulier.

Telle est, macroscopiquement, le type anatomique schématique de l'orchite scléreuse interstitielle.

Ce type est loin d'exister, toujours, à l'état de pureté. Mais il est commun de rencontrer, confirmant ainsi l'appellation d'orchite scléro-gommeuse donnée par Reclus, quelques gomme, disséminées dans le testicule, d'aspect jaunâtre, grosses comme des têtes d'épingle ou des petits pois, agglomérées ou séparées par des bandes de tissu scléreux.

Trois stades caractérisent l'évolution histologique de l'orchite interstitielle syphilitique : l'augmentation des éléments cellulaires, la transformation fibreuse des nouveaux éléments conjonctifs, la rétraction de ce tissu nouveau qui enserre les tubes sécréteurs du sperme, les étouffe et détermine l'atrophie de la glande.

Qu'on se rappelle la structure normale du testicule. Quand on fait une coupe perpendiculaire à son axe, on voit les tubes séminifères serrés les uns contre les autres et presque tangents. Ils sont soutenus par un réseau conjonctif dérivé des septula, émanations conjonctives qui proviennent de l'albuginée. Ce réseau est formé de tissu conjonctif et de vaisseaux. Il contient, en outre, des cellules, dites cellules interstitielles, dont le protoplasma est granuleux et sur la nature desquelles on a longtemps discuté pour savoir si ces cellules n'étaient qu'une simple variété de cellules conjonctives, ou bien des dérivés de l'épithélium germinatif non utilisés dans la formation des tubes. Toujours est-il que, tantôt ces cellules sont disposées autour des petits vaisseaux auxquels elles forment, sur les coupes, une sorte de couronne ; tantôt elles sont groupées en cordons cylindriques courts, ou en petits nodules arrondis, placés autour des tubes séminifères. Les tubes séminifères, eux-mêmes, sont pourvus, sur leur surface externe, d'un endothélium que certains auteurs poursuivent à la surface des cloisons intertubulaires, de telle sorte que l'on pourrait considérer les canalicules comme plongés dans une véritable cavité séreuse.

Or, tout à fait au début de l'affection, tous les éléments cellulaires de la glande subissent une augmentation considérable.

Ce sont de petites cellules embryonnaires disposées en amas ou en traînées. On les voit bientôt s'allonger, s'organiser et constituer du tissu fibreux de nouvelle formation qui enveloppe le tube testiculaire.

Le tube, lui-même, ne reste pas étranger à ce travail ; mais il se transforme, s'hypertrophie, prend une apparence fibreuse et rétrécit son calibre. Les cellules épithéliales qui tapissent sa paroi interne s'altèrent et tendent à disparaître. En même temps, peuvent se développer, en plus ou moins grande abondance, des petites gomme dont l'ensemble constituera ainsi, d'emblée, l'orchite scléro-gommeuse de Reclus, forme anatomique la plus habituelle de la syphilis testiculaire.

Les vaisseaux du testicule participent à ce processus inflammatoire. Brissaud (1) pense même qu'ils sont le point de départ de l'affection. Les capillaires s'oblitérent, et, avec eux, les petits vaisseaux. Il est facile de concevoir, en outre, que ces lésions vasculaires, supprimant ou diminuant la nutrition de la glande, contribuent à son atrophie.

(1) BRISSAUD, Testicule scléro-gommeux (*Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1881, p. 373-396).

L'atrophie est, en effet, le stade ultime vers lequel tend la syphilis du testicule. Le testicule devient petit, bosselé et dur. A la coupe, il se présente comme une masse de tissu fibreux. Sous le microscope, on voit que le tissu fibreux a envahi les espaces intercanaliculaires et que les tubes sécréteurs du sperme eux-mêmes, à peine reconnaissables dès le début de la maladie, ont plus ou moins complètement disparu. La glande génitale, ainsi privée de sa fonction, a subi, dès lors, le processus désigné par Ricord sous le nom bien caractéristique de *castration sous-albuginée*.

2^o *Gommes*. — Nous avons déjà vu que l'orchite interstitielle, avant de conduire à l'atrophie du testicule, pouvait s'accompagner de la formation de gommes.

La gomme se présente sous des aspects divers. Ce sont, parfois, de petits amas de cellules embryonnaires formant des nodules seulement visibles au microscope. Leur forme est arrondie ou bien irrégulière. Les cellules embryonnaires qui les constituent, développées, souvent, en abondance, dans le centre du nodule, prennent alors un aspect granuleux, s'altèrent et forment des petites masses jaunâtres. Lorsque ces nodules sont agglomérés, et leur tendance à l'agglomération est caractéristique, ils constituent la gomme véritable.

La gomme est une masse, visible à l'œil nu, grosse comme un pois ou une noisette, qui subit, en son centre, la dégénérescence granulo-graisseuse. Autour d'elle, le tissu testiculaire réagit par la formation de tissu fibreux qui isole, des parties malades, les parties restées saines. En sorte que, étudiée sur une coupe, la gomme se présente, comme le dit Reclus, avec plusieurs zones concentriques qui sont, en allant de la périphérie au centre : a) une zone fibreuse, épaisse et résistante, constituée par le tissu testiculaire sclérosé, et dans laquelle on peut rencontrer quelques débris de tubes spermatiques; b) une zone rouge et une zone claire formées de tractus fibreux mélangés d'éléments cellulaires plus ou moins altérés; c) une partie centrale de caséification.

L'évolution anatomique de la gomme conduit aux deux terminaisons suivantes. C'est d'abord la guérison par résolution. En pareil cas, la partie centrale, caséifiée, subit une résorption lente et ne laisse plus, à sa place, qu'une cicatrice rayonnée. Ce processus de guérison est obtenu par l'administration du traitement antisiphilitique. C'est, ensuite, l'ouverture de la gomme à l'extérieur suivie de suppuration et de fistule. Il convient d'insister sur ce dernier mode de terminaison de la gomme, à cause de la discussion qu'elle a créée parmi les syphiliographes, discussion que nous avons rappelée au début de ce chapitre, et ensuite parce qu'elle est le point de départ d'une lésion rare : le *fungus bénin du testicule*.

Le fungus bénin du testicule est « une tumeur granuleuse constituée, tantôt par le testicule hernié dont l'albuginée végète, et tantôt par un amas de bourgeons charnus nés dans une caverne de la glande et qui proémine sur le scrotum ». Il existe deux variétés de fungus bénin du testicule : le fungus superficiel et le fungus profond. Le fungus superficiel provient de la surface de l'albuginée. Celle-ci est mise à nu à travers une perte de substance des parois scrotales consécutive à l'ouverture d'une gomme, que cette gomme siège dans le scrotum ou bien qu'elle siège, ainsi que le pensent Monod et Terrillon, à la surface du testicule. L'albuginée se couvre, alors, de bourgeons charnus qui prolifèrent abondamment et font saillie à l'extérieur. Le fungus profond, au contraire, accompagne l'ouverture d'une gomme profonde du testicule à l'extérieur. Par cette ouverture sortent les éléments du parenchyme du testicule et ce sont eux qui viennent végéter à la surface de la tumeur, pour constituer la masse du fungus. Cette masse a la forme d'un champignon étalé sur le scrotum. Elle est granuleuse, rougeâtre. Quand on soulève ses bords, on voit qu'elle se continue avec le testicule.

La structure du fungus n'offre rien de particulier. Ce sont des bourgeons charnus, reposant sur du tissu fibreux, lequel est confondu, par sa base, avec les lésions de même nature que présente la glande. Autour de lui, le scrotum finit par s'épaissir et par prendre un aspect éléphantiasique, à tel point que, dans ces formes anciennes de syphilis testiculaire, il devient impossible de distinguer, au milieu d'une masse uniforme, dans quel endroit se trouve le testicule.

Il reste entendu que toutes les lésions que nous venons de décrire peuvent envahir les deux testicules l'un après l'autre, mais qu'elles sont le plus souvent limitées, au début du moins, à une seule glande.

Symptômes. — Il convient de décrire, au point de vue clinique, la syphilis secondaire et la syphilis tertiaire du testicule.

A. — **Syphilis secondaire.** La syphilis secondaire du testicule se localise sur l'épididyme. Sa fréquence est discutée. Dron, qui, le premier, l'a signalée, l'a rencontrée 16 fois sur 200 cas de syphilis. Balme, sur 2 300 syphilitiques, ne l'a vue que 22 fois, et Cuilleret, dans sa thèse, n'en rapporte que 12 observations sur les 104 sujets syphilitiques qu'il a examinés. L'affection se montre trois mois et demi, en moyenne, après le chancre; son apparition tardive, après le cinquième mois, par exemple, serait plus apparente que réelle. D'après le résumé des statistiques publiées par Dron, Fournier, Balme, Tédénat et Cuilleret, elle serait un peu plus souvent unilatérale que bilatérale.

Cuilleret en décrit trois formes cliniques. Dans une première forme, *forme chronique*, la lésion serait limitée à la tête de l'épididyme. Ce