

fères; les désirs vénériens s'affaiblissent, mais ils ne sont pas détruits. On a pu constater alors dans le sperme, des animalcules. Cependant, malgré des lésions partielles du testicule, quelques cas ont été signalés où les spermatozoïdes faisaient défaut. Fait curieux, la prescription du traitement a pu les faire reparaitre. Parfois aussi, ce n'est pas leur sécrétion, mais bien leur excrétion qui est entravée. Rien n'est plus instructif, à ce point de vue, que les faits suivants rapportés par Gosselin. Un officier « avait un double sarcocèle, sans érections ni désirs vénériens. Je fis faire des frictions sur les bourses avec l'onguent mercuriel; je prescrivis l'iodure de potassium jusqu'à concurrence de 5 grammes. Six semaines après, les érections et les éjaculations avaient reparu et j'ai pu m'assurer que le sperme renfermait une grande quantité de spermatozoïdes. J'ai eu occasion d'en constater la présence sur un autre sujet, après la guérison d'un sarcocèle bilatéral. Ces faits confirment donc cette opinion que les sujets atteints d'une double orchite peuvent retrouver leurs facultés viriles ». Reclus cite, d'autre part, l'exemple d'un homme « atteint d'un double sarcocèle. Les tumeurs avaient envahi les testicules d'une manière si sournoise que le patient ignorait leur existence et se maria. Au bout de deux ans, point de grossesse chez sa femme. Sur notre avis, il prit de l'iodure de potassium. La glande s'assouplit et il en est à son deuxième enfant ».

L'explication de pareils faits est discutée. Il paraît difficile d'admettre que le testicule, qui présente des lésions aussi profondes que celles que nous avons décrites plus haut, puisse recouvrer sa fonction. Mais quand cette fonction réapparaît après que l'on avait dûment constaté sa disparition, il est probable, comme le pense Reclus, que certaines parties de la glande, restées saines, ont continué à engendrer des spermatozoïdes dont l'excrétion a été momentanément gênée par quelque lésion du corps d'Highmore ou d'un autre point des voies excrétrices. L'action du traitement pourrait donc redonner aux voies excrétrices leur perméabilité.

**Diagnostic.** — De sérieuses difficultés se présentent dans le diagnostic de la syphilis testiculaire à l'une quelconque de ses périodes.

S'agit-il de l'épididymite syphilitique secondaire, trois variétés de lésions épididymaires pourront prêter à confusion: la blennorrhagie, la tuberculose et les urétrites banales propagées secondairement à l'épididyme. Mais nous savons que les épididymites qui trouvent leur point de départ dans une suppuration de l'urètre siègent, particulièrement, au niveau de la queue de l'organe. Nous pourrions retrouver, en outre, dans l'interrogatoire précis du malade autant que dans l'étude de l'état actuel de son urètre, des arguments sérieux en faveur de la nature même de l'épididymite. Plus difficile est la distinction

de la tuberculose épididymaire. Il est vrai que la tuberculose envahit, de préférence, la tête de l'épididyme, que les masses tuberculeuses se déposent à froid, qu'elles donnent l'aspect de petites masses, sans contours précis, ne présentant pas la même dureté élastique ni la même indolence que la syphilis. Mais, à côté de ces signes caractéristiques, sur la valeur desquels il ne faut cependant pas compter d'une manière absolue, l'application du traitement spécifique est la véritable clef du diagnostic, bien que l'examen minutieux du sujet et surtout l'étude de ses antécédents aient déjà permis d'établir de fortes présomptions.

Malgré tout, le doute a pu exister longtemps dans l'esprit même des meilleurs cliniciens. C'est ainsi que Darier (1) présenta autrefois un malade porteur d'une affection des deux épididymes et dont la nature resta discutable jusqu'au jour où le mercure et l'iodure amenèrent la guérison. Il s'agissait donc bien d'accidents syphilitiques et cette vérification par la thérapeutique fut d'ailleurs confirmée, quelque temps plus tard, chez le même malade, par l'apparition de nouveaux accidents de même nature.

Des difficultés plus grandes encore se rencontrent dans le diagnostic de l'orchite syphilitique. Quand le début de l'orchite se présente sous une forme aiguë, il est naturel de n'arriver cliniquement à présumer la syphilis que lorsque, par exclusion, toutes les autres causes de l'orchite aiguë (blennorrhagie, traumatisme, maladies infectieuses, générales et dyscrasiques, etc.) auront été éliminées. Mais l'épreuve du traitement dominera, ici encore, le diagnostic, et, d'ailleurs, la courte durée de cette première phase aiguë de l'orchite syphilitique, en même temps que la découverte d'accidents anciens ou présents, de nature spécifique, dont on aura soigneusement recherché l'existence, devront, dès l'abord, faire penser à la cause de l'affection.

Toutes ces remarques peuvent s'appliquer ensuite aux quelques cas dans lesquels la syphilis tertiaire se localise sur l'épididyme. S'agit-il au contraire de l'orchite interstitielle chronique, les signes physiques sur lesquels nous avons insisté (testicule dur, aplati en galet, indolore) prennent ici plus d'importance. Ils sont cependant loin de trancher le diagnostic dans tous les cas. Rappelons-nous d'abord la grande variation que subissent ces signes physiques. L'indolence est peut-être le phénomène le plus constant, et celui dont il faudra tenir le plus grand compte. Ensuite, il arrive fréquemment que l'hydrocèle accompagne le syphisme et soit assez abondante pour empêcher l'exploration de la tumeur. Il va sans dire que, dans ce cas, une ponction de la vaginale sera autorisée, autant pour l'action thérapeutique qui l'accompagne que pour l'importance qu'il y a à pouvoir palper sans aucune gêne le testicule. Lorsque le testi-

(1) DARIER, *Soc. franç. de derm. et de syph.*, janvier 1891, et *Presse méd.*, 25 janvier 1896, n° 8, p. 38.



cule adhère au scrotum et que la gomme menace de s'ouvrir, son siège est encore un précieux élément de diagnostic. Nous savons, en effet, que ce siège occupe habituellement la face antérieure du testicule. Il est commun, au contraire, de rencontrer sur la face postérieure des bourses, les fistules causées par l'évacuation de produits tuberculeux. De même, quand la fistule est créée, les caractères si particuliers de son produit d'élimination demeurent une utile indication pour reconnaître sa cause. Planant enfin au-dessus de tous ces caractères objectifs dont aucun ne doit être ignoré, le traitement par le mercure et l'iodure de potassium combinés permet d'éviter encore bien des erreurs, grâce à la rapidité avec laquelle il entrave la marche naturelle des lésions. Aussi ne devra-t-il être négligé dans aucun cas.

Quelles sont donc les affections testiculaires ou des enveloppes dont la confusion avec la syphilis est possible ? Il convient de citer, en premier lieu, la tuberculose. Or, la tuberculose envahit avant tout l'épididyme, et, en même temps que l'épididyme, le canal déférent, la prostate et les vésicules séminales. D'autre part, à côté de la tuberculose génitale, ou même avant elle, on a reconnu l'évolution d'autres foyers de tuberculose (otites, fistules à l'anus, tuberculose osseuse, articulaire ou pulmonaire). Quand le foyer de tuberculose testiculaire tend à s'évacuer à l'extérieur des bourses, c'est, habituellement, en arrière, et non pas en avant du testicule, que la fistule se crée. Par cette fistule, s'échappe un liquide séro-purulent et grumeleux dans lequel l'examen bactériologique peut déceler l'existence du bacille de Koch et dont l'inoculation fait mourir le cobaye de tuberculose. La différenciation de la tuberculose testiculaire ne présentera donc point les plus grandes difficultés et c'est sa fréquence seule qui nous a engagé à l'éliminer, tout d'abord.

L'élimination des tumeurs du testicule et de l'hématocèle vaginale est hérissée de plus grandes difficultés. On s'est basé sur la bilatéralité de l'orchite syphilitique et on l'a opposée à l'unilatéralité du cancer. Pour avoir une réelle valeur, ce signe est cependant loin d'être absolu. Nous savons, en effet, que la syphilis peut n'atteindre qu'une seule glande. D'autre part, le lymphadénome frappe habituellement les deux testicules à la fois. Il y a donc là de grandes causes d'erreur et c'est alors, surtout, qu'apparaît l'importance diagnostique du traitement mixte. Il convient de retenir, cependant, que le lymphadénome a une évolution rapide, qu'il ne reste pas longtemps limité aux glandes génitales. Toutes les autres tumeurs malignes du testicule progressent avec une rapidité et des phénomènes subjectifs inhabituels dans la syphilis. La palpation donne des sensations différentes, elle réveille de la douleur. Le sujet se cachectise vite et l'on voit apparaître, dans d'autres organes, des néoformations de même nature.

Nous pourrions dire que l'hématocèle vaginale présente le maximum des difficultés de diagnostic. Elle a pu, d'ailleurs, dans certains

cas, accompagner la syphilis testiculaire. C'est ici, encore, que « l'exploration par l'iodure de potassium » donnera les plus fidèles renseignements.

**Traitement.** — Le traitement de la syphilis testiculaire est basé, en grande partie, sur les succès que donne la thérapeutique dans le traitement de la syphilis en général. Depuis que Ricord a établi le premier traitement régulier de cette maladie, on a toujours eu recours à l'emploi du mercure et de l'iodure de potassium isolés ou combinés, suivant le stade des manifestations syphilitiques. Toujours, aussi, le traitement général a prédominé pour obtenir la cure de ces accidents, et nous verrons combien peu fréquentes sont les interventions locales qui ont pu être faites.

Nous jugeons inutile de reprendre ici les doses et les variétés thérapeutiques auxquelles se sont arrêtés les cliniciens. Il suffit de se rappeler que, d'une part, l'iodure de potassium doit être administré à la dose élevée de 5 à 6 grammes par jour, mais en ayant soin de commencer par des doses faibles et de tenir le plus grand compte de la susceptibilité des différents malades vis-à-vis de ce médicament. Il faut savoir, d'autre part, que les formes thérapeutiques sous lesquelles le mercure a été administré sont éminemment variables, et que, ici encore, les thérapeutes ont dû tenir grand compte des réactions individuelles devant cet agent et surtout devant les différentes voies de son absorption par l'organisme. Tel malade, en effet, ne supporte pas le mercure absorbé par la méthode des frictions qui n'en sera nullement incommodé, si le mercure est administré par la voie digestive ou par la voie sous-cutanée, et inversement.

Par contre, y a-t-il des indications à l'usage du mercure ou de l'iodure, isolés, suivant telle ou telle manifestation de la syphilis testiculaire ? Le professeur Fournier veut, à ce point de vue, que l'on tienne le plus grand compte de l'âge de la syphilis. S'il s'agit d'une syphilis ancienne, « inutile alors de s'adresser au mercure,... l'iodure suffit, et il suffit amplement. Tout au plus, l'indication se présenterait-elle d'avoir recours au traitement mixte, si la lésion se montrait tant soit peu rebelle à l'iodure ». Reclus accentue cette restriction au point qu'il conseille, en se basant sur son expérience personnelle, d'associer toujours le mercure à l'iodure pour être plus certain d'obtenir, dans tous les cas, un résultat satisfaisant.

S'il s'agit, au contraire, d'une syphilis récente, cette association devient obligatoire. On s'accorde même à penser que les lésions de l'épididymite secondaire sont justiciables du traitement mercuriel appliqué isolément.

Les effets produits par le traitement antisiphilitique sur les lésions du testicule, que ces lésions soient récentes ou anciennes, méritent d'attirer l'attention. En quelques semaines, dans la grande majorité



des cas, on voit ces lésions se résoudre ou tout au moins se limiter. Les fistules anciennes, le fungus lui-même, cèdent au traitement mixte. On conçoit que ce traitement devienne ainsi, de l'avis de tous les auteurs, la véritable pierre de touche du diagnostic dans les cas restés douteux.

Après cela, les soins locaux ne sauraient être que des adjuvants utiles, mais non nécessaires. On a eu raison de conseiller la suspension des bourses et leur compression. On a aussi conseillé les applications locales de pommades iodurées ou mercurielles. Les bandettes d'emplâtres de Vigo sur le scrotum auraient, dans certains cas, soit par l'absorption du mercure qu'elles contiennent, soit par la compression qu'elles exercent sur les bourses, amené d'heureux résultats.

Mais les chirurgiens n'ont pas à intervenir directement dans la syphilis testiculaire. A peine quelques-uns ont-ils, de propos délibéré, enlevé un testicule à peu près complètement désorganisé par la suppuration. Tout au plus, encore, pourrait-on faire l'abrasion ou l'excision à l'aide du bistouri, du cautère, de l'écraseur ou du serre-nœud, des masses exubérantes dans le fungus syphilitique. Mais, l'opération sanglante constitue, à vrai dire, dans la syphilis du testicule, une thérapeutique d'exception, puisque, avec l'aide de l'iode de potassium, la nature suffit, dit Reclus, pour guérir toutes ces lésions.

L'épanchement de liquide dans la vaginale, lui-même, ne résiste pas au traitement mixte, et Fournier déclare « n'en avoir pas vu, jusqu'à ce jour, qui ait persisté après résolution du sarcocèle ». La ponction de l'hydrocèle dans la syphilis testiculaire ne doit donc être conservée que comme un moyen de diagnostic permettant l'exploration d'un testicule, et non pas comme un moyen thérapeutique.

## MALADIES NÉOPLASIQUES

### CANCER ET TÉRATOME DU TESTICULE

A.-H. Pilliet et Costes (1) ont publié, en 1895, huit observations très bien étudiées de néoplasmes du testicule; ce travail constitue, à mon avis, un des documents les plus importants que nous possédions sur cette question encore si obscure des tumeurs de la glande génitale. Or, de la lecture attentive du mémoire dont il est question, il résulte très clairement ceci: c'est, d'abord, que les huit néoplasmes testiculaires qui y sont histologiquement analysés représentent de véritables épithéliomas; c'est, ensuite, que, dans toutes ces tumeurs, à côté de l'élément noble, cellules épithéliales, l'élément banal, cellules conjonctives, avait pris, en se développant sous des formes

(1) A.-H. PILLIET et COSTES, Étude histologique sur les épithéliomas du testicule (*Rev. de chir.*, août 1895, n° 8, p. 641).

diverses, une telle importance que, sans un examen prolongé, répété et portant sur différents points du néoplasme, on aurait pu prendre, et on aurait, sans doute, pris pour du sarcome ou du lymphadénome, des tumeurs relevant à coup sûr de l'épithélioma.

L'expérience nous enseigne d'autre part: 1° que, dans le groupe des nombreux néoplasmes du testicule décrits par les classiques, la clinique est incapable d'établir un diagnostic différentiel, même approximatif; 2° que ces néoplasmes ne réalisent qu'exceptionnellement un type histologique pur et qu'ils sont presque toujours formés de tissus multiples; 3° que, là même où les recherches microscopiques (sans doute pour n'avoir porté que sur une portion du néoplasme) annoncent une tumeur sans mélange, réalisant un type classique, les documents histologiques se trouvent très souvent en contradiction avec l'évolution clinique du processus et reçoivent de lui un impressionnant démenti.

Que faut-il donc conclure de ces dernières notions qui sont banales, et des observations de Pilliet et Costes qui sont anatomiquement très précises? Deux choses que voici: c'est, d'abord, que toutes les tumeurs du testicule, quelque forme qu'elles revêtent, ont très vraisemblablement un caractère commun, lequel, dans un certain nombre de cas, a pu échapper à l'analyse microscopique; je veux parler de la prolifération épanouie ou étouffée, générale ou circonscrite, active ou lente, massive ou nodulaire, d'éléments épithéliaux; c'est, ensuite, que d'une manière constante, le tissu conjonctif manifeste, autour du processus épithélial, une réaction intense, capable d'occuper le premier plan, et morphologiquement très variée.

Suivant la conception que, depuis les travaux de Waldeyer, de Cornil, de Malassez, de Lancereaux, on s'est faite du cancer, on pourrait donc dire des tumeurs du testicule qu'elles sont toutes des épithéliomas, en ce sens qu'au sein de leur parenchyme il paraît démontré que ne fait jamais défaut l'efflorescence épithéliale, et qu'il est juste de désigner un néoplasme par la prolifération de ce qui constitue l'élément noble, en quelque sorte spécifique, de l'organe où il se développe. Je pense, pourtant, qu'il est préférable de désigner les tumeurs du testicule du nom de tumeurs mixtes qu'on leur a quelquefois donné, mais à la condition qu'on entende ce mot dans son acception la plus compréhensive et qu'il signifie, dans l'espèce, non pas des néoplasmes histologiquement bâtards et formés de plusieurs tissus quelconques, mais bien des néoplasmes développés toujours aux dépens d'une prolifération simultanée de l'épithélium (endoderme) et du tissu conjonctif (mésoderme).

Cette dénomination de tumeur mixte est bien meilleure que la dénomination d'épithélioma, non seulement parce qu'elle est plus en rapport avec la structure des tumeurs du testicule, mais encore parce qu'elle s'adapte beaucoup mieux à la nature intime des néo-