

insensiblement avec les tissus sains; leur induration est élastique et rénitente; on n'y trouve ni bosselure, ni nodosités; enfin, la queue de l'épididyme, en se réfléchissant de bas en haut le long du bord interne du testicule, décrit une anse dont les contours peuvent être suivis nettement; on sent la dépression que circonscrit cette anse; rien de semblable dans la tuberculose, car les noyaux caséux englobent, au milieu de leur masse compacte, les flexuosités de la queue de l'épididyme; et puis le malade aura eu quelque épидидymite dont la résolution n'a jamais été complète. L'examen de la prostate restée saine, et la marche de ses indurations qui ne suppurent jamais, confirment le diagnostic: ce ne sont point des dépôts caséux.

C'est surtout dans sa seconde variété, lorsque l'épididyme et le testicule sont simultanément envahis, que la tuberculose peut être confondue avec les autres tumeurs de la glande. D'abord le diagnostic est parfois rendu difficile par l'existence d'une hydrocèle qui voile les parties profondes. Mais rien n'empêche d'évacuer le liquide ou même d'injecter la sérosité dans le tissu cellulaire d'un lapin, et de voir si elle provoque la tuberculose. Le plus souvent, il est inutile de recourir à la ponction pour trouver en arrière la saillie de l'épididyme dont les bosselures ont le caractère des nodosités tuberculeuses, et puis le cordon et la prostate, toujours accessibles, fournissent des signes précieux. De petites ectasies du canal épидидymaire, de petites saillies kystiques, de vagues indurations sont souvent prises pour des tuberculoses au début. Le doute ne me semble pas permis et je dis souvent aux élèves: « Les lésions épидидymaires de la tuberculose sont « grossières »; si vous doutez, ce n'est pas de la tuberculose. »

Si l'on a pu se méprendre sur le sarcome, c'est qu'il est assez fréquent de voir la tuberculose aiguë s'accroître rapidement chez des hommes d'un certain âge, distendre le scrotum sous forme d'une tumeur inégalement résistante et s'accompagner de douleurs. Mais le sarcome est presque toujours unilatéral et la tuberculose atteint souvent les deux glandes. Le sarcome se recouvre bientôt de bosselures autrement accentuées que celle du tubercule; il débute en général par le testicule proprement dit et laisse l'épididyme inaltéré. Enfin le sarcome est plus volumineux, et sa marche, l'état des ganglions, les veines dilatées du scrotum, l'ulcération des bourses, l'examen négatif de la prostate, l'aspect cachectique seront des signes d'une grande importance. Il n'en est pas moins vrai que, une fois ou l'autre, tous les chirurgiens ont commis cette erreur, et j'avais pris pour un sarcome le testicule tuberculeux accompagné de pachy vaginalite bacillaire dont j'ai reproduit le dessin.

Traitement. — De toute une classe de malades, nous n'avons pas à nous occuper: chez eux, la glande spermatique est envahie par la tuberculose, mais déjà les poumons, les reins, la vessie, le péritoine ou le tube intestinal sont atteints. La lésion du testicule n'est plus qu'un épisode de peu d'importance, et le médecin court aux accidents qui menacent la vie.

Pour toutes les formes, c'est au traitement général qu'il faut d'abord s'adresser. Il n'est peut-être pas d'affection qu'une thérapeutique patiente ne combatte avec plus de succès. Ce traitement doit être modifié suivant la constitution du malade, mais voici celui que nous appliquons d'ordinaire: en premier lieu, pendant les cinq mois les plus froids de l'année, nous avons recours à l'huile de foie de morue et nous ne craignons pas d'en élever les doses jusqu'à 7 ou 8 cuillerées à soupe par jour, qui, prises dans les bières fortes de Hollande

sont acceptées par l'estomac: on augmentera progressivement; au début, une cuillerée est versée dans de la bière mousseuse; l'huile, moins dense, vient se placer entre la bière et la mousse, et on l'avale sans s'en douter. Peu à peu on élève la dose, sauf dans les cas où les susceptibilités de l'estomac ou de l'intestin sont excessives.

Nous donnons, aussi bien l'été que l'hiver, une petite quantité d'iodure de sodium; chaque matin, notre malade doit prendre dans une tasse de lait tiède bouilli une cuillerée à café d'une solution qui contient, pour 100 grammes d'eau, 10 grammes de bromure de sodium, 10 grammes de chlorure de sodium, et 1 ou 2 grammes d'iodure de sodium; il est indispensable, pour que cette petite dose agisse sur l'organisme, de l'absorber à jeun. Pour peu que notre malade ait maigri, nous employons la poudre de viande selon la méthode de Debove. La préparation en est des plus simples et les patients apprennent à mettre 25 grammes de poudre délayée avec un peu d'eau froide dans une tasse de lait chaud; on ajoute une cuillerée de rhum, de curaçao, de cognac, de kirsch, de sucre vanillé, et on prend cette mixture au milieu du repas. On peut encore masquer la poudre de viande dans le lait par un verre à liqueur de punch au rhum et deux verres à liqueur de thé. Nous insistons aussi sur le beurre, les œufs frais gobés presque crus en dehors des repas. — Matin et soir, frictions sèches sur tout le corps avec le gant et la ceinture de crin; la marche, l'équitation même nous semblent bonnes, mais il faut soutenir les testicules pour éviter tout froissement qui pourrait être cause d'une poussée tuberculeuse nouvelle; les eaux chlorurées sodiques, et en particulier celles de Salies-de-Béarn, dont on connaît la richesse exceptionnelle, nous ont donné de véritables guérisons.

Ce traitement général sera parfois suffisant; parfois aussi la chirurgie doit agir. Nous supposerons un premier cas: l'épididyme seul est atteint; en cette occurrence, nous n'intervenons guère, on traitera les manifestations aiguës par le repos et les antiphlogistiques, on ouvrira les abcès et l'on cautérise les fistules pour faciliter l'écoulement du pus et provoquer l'évacuation du foyer. On a recours encore aux injections d'éther iodoformé. On en pousse avec la seringue de Pravaz, dont l'aiguille sera conduite en plein foyer caséux, quelques gouttes à 10 pour 100. On retire l'aiguille et on oblitère la piqûre avec du collodion; une réaction assez vive a lieu et excite une légère douleur; mais elle s'apaise vite et parfois on voit régresser le foyer qui laisse à sa place un nodule ligneux. Depuis, on a injecté le naphthol camphré, la lymphe de Koch; la solution de chlorure de zinc au vingtième, préconisée par Lannelongue, et injectée, non plus en plein foyer, mais au pourtour du noyau que l'on entoure ainsi d'une « zone sclérogène ». Tous ces procédés amènent parfois une guérison complète — guérison en ce sens que le foyer est éteint et que les bacilles sont encapsulés. Mais toujours la fonction de la glande reste perdue, et c'est ce que ne disent pas les auteurs. Le tube unique dont le pelotonnement constitue l'épididyme est détruit, au moins en un point de son trajet; les spermatozoïdes, si toutefois le testicule en fabrique encore, ne pourront franchir cet obstacle. On ne trouve jamais d'animalcules dans les observations de double épидидymite caséuse guérie.

La *castration* reste notre dernière ressource; elle a de nombreux partisans; un testicule tuberculeux, même lorsque les foyers sont limités, est un testicule perdu au point de vue fonctionnel, car les voies d'excrétion sont obstruées. Et puis, un foyer caséux n'est-il pas une menace pour l'organisme, et, de ce point,

des bacilles n'ont-ils pas toute facilité pour s'abattre sur les autres tissus et les infecter? Pourquoi ne pas enlever cette glande inutile et dangereuse? — Nous acceptons cette pratique dans le cas où le testicule proprement dit est atteint. En effet, les foyers tuberculeux se vident mal; de nombreuses poussées aiguës sont nécessaires avant que l'albuginée s'ouvre pour livrer passage au pus; et, pour peu que les abcès se succèdent, on conçoit ce qu'il faut de souffrance avant que le patient ait évacué sa glande spermatique. Nous n'hésiterons pas alors à conseiller la castration. A une évacuation lente nous substituons un débarras rapide. Mais nous n'invoquons pas le bénéfice de supprimer un foyer morbide d'où partiront des colonies nouvelles pour inoculer d'autres régions: les modes d'infection sont si nombreux et si fréquents que tout tissu qui devient apte à cultiver les bacilles en trouve toujours quelques-uns à portée pour s'ensemencer à loisir.

Aussi ne pratiquons-nous pas la castration hâtive comme on enlève un sein atteint de cancer, et nous nous abstenons toutes les fois qu'on peut espérer l'évacuation assez prompte du foyer caséux ou son enkystement par une membrane scléreuse: ce testicule ne nous semble point dangereux pour son congénère intact. Nombre d'individus, tuberculeux d'un épидидyme, ont pu guérir sans que l'autre glande se prit, et nous connaissons, par contre, des malheureux dont on a enlevé un testicule et qui n'en ont pas moins vu le second envahi. La deuxième raison qui nous fait hésiter, c'est que les malades préfèrent un moignon de glande à une bourse vide; il ne faut les pousser à ce sacrifice que s'il est nécessaire. Telle est aussi l'opinion défendue par le professeur Guyon⁽¹⁾. Mais nous n'admettons pas les objections autres qu'on oppose à la castration: la gravité est un argument sans valeur depuis l'antisepsie, et la mortalité est réduite à zéro; grâce à la cocaïne, on enlève la glande sans douleur; reste le réveil de la diathèse par l'intervention, et Verneuil a publié quelques cas où une méningite tuberculeuse, une poussée aiguë du côté des poumons en a été la conséquence. Ces faits sont exceptionnels; puis rien ne prouve que l'opération doive être incriminée. J'ai vu mourir d'une méningite tuberculeuse, tout à coup et, sans opération, un individu de cinquante-trois ans dont le testicule était farci de noyaux caséux qui, à l'autopsie, nous parurent éteints. Et, d'après les statistiques de Lannelongue, ces renouvellements inattendus de la diathèse seraient aussi fréquents chez les tuberculeux non opérés que chez ceux sur lesquels on intervient.

La castration, dans les suppurations intarissables, rend donc des services réels. Nous y avons eu recours souvent et jamais nous n'avons vu apparaître ou s'accroître les accidents pulmonaires; jamais nous n'avons observé de méningite ou une poussée aiguë vers l'autre testicule, du moins pendant les premiers mois qui suivent l'opération, laps de temps où le traumatisme pourrait encore être incriminé. Au contraire, l'état général, affaibli par la suppuration ou la douleur, se relève et l'on note parfois une amélioration dans l'évolution d'autres manifestations tuberculeuses. Nous avons publié des faits où des lésions commençantes du côté du poumon ont disparu; Richet et Tillaux, avant nous, en avaient produit plusieurs. Qu'advient-il des individus châtrés pour tuberculose génitale? Parmi les opérés que nous avons pu suivre, deux sont morts, l'un au bout de trois ans et l'autre de sept ans, des progrès d'une

⁽¹⁾ GUYON, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, juillet 1891, p. 445.

tuberculisation pulmonaire; deux ont vu se prendre la glande du côté opposé; une nouvelle castration a été pratiquée, et aucun accident n'a reparu. Cependant l'un de ces deux a eu une effroyable crise d'hypochondrie qui a disparu avec le retour des érections; il a eu une chaudepisse et une funiculite blennorrhagique dans un des moignons du canal déférent, puis, au bout de dix-neuf ans, des troubles mentaux bizarres, et il s'est tué en se jetant par la fenêtre. Enfin cinq de ces châtrés paraissent jouir d'une santé parfaite, et, pour quelques-uns, l'opération date de quinze et de dix-huit années.

On a essayé, depuis les audaces de l'antisepsie, d'une chirurgie plus agressive et, chez l'homme, l'ablation complète des voies génitales a été préconisée dans certaines lésions étendues de ces organes. Baudet et Kendirdgy⁽¹⁾ viennent de publier un mémoire où ils relèvent les observations d'extirpation simultanées des testicules, du canal déférent, des vésicules séminales et de la prostate; Uhlmann, Roux, Guillot, Schede, Routiery ont eu recours par la voie inguinoscrotale, par la voie sacrée ou par la voie périnéale. De telles opérations n'ont que des indications rares: il faudrait un malade jeune, à tuberculose exclusivement génitale, à vessie et à reins sans tare, et dont les parties caséifiées donneraient lieu à des suppurations profuses, sans tendance aucune à l'enkystement fibreux.

En résumé, quelles que soient la forme et la gravité de la tuberculose du testicule, il faut avoir recours au traitement général qui peut amener la guérison; lorsque les foyers caséux siègent dans l'épididyme seul, on s'abstiendra de toute intervention radicale, on ouvrira les abcès, on dilatera les fistules, on pourra racler à la curette tranchante, ou mieux, selon la pratique de Humbert, enlever au bistouri l'épididyme malade en respectant le testicule; si le patient répugne à ces procédés chirurgicaux, on aura recours aux injections d'éther iodofomé, de naphthol camphré et peut-être à la solution de chlorure de zinc au vingtième. Si le testicule proprement dit se tuméfie et devient douloureux, si des poussées aiguës se déclarent de temps en temps, si la rougeur du scrotum ne se dissipe pas et prouve, par sa persistance, que les parties profondes se désorganisent, il faut faire la castration.

V

SYPHILIS

On nomme *testicule syphilitique*, *sarcocèle syphilitique*, *syphilis du testicule*, les manifestations secondaires ou tertiaires de la vérole, dans la glande spermatique.

Historique. — L'identité d'origine, admise jadis pour les diverses maladies vénériennes, faisait confondre le sarcocèle syphilitique avec l'orchite de la chaudepisse, et l'obscurité reste complète jusqu'au moment où l'on proclame la différence des deux virus. Benjamin Bell, le premier, fixe les idées encore

⁽¹⁾ BAUDET et KENDIRDGY, De l'ablation totale des voies génitales, etc. *Gazette des hôpitaux*, 15 octobre 1898.

flottantes : l'orchite qui dérive de la syphilis doit être séparée du sarcocèle, qu'engendre la gonorrhée. Les symptômes ne se ressemblent guère, et la marche inflammatoire de l'une n'a rien de commun avec l'évolution froide de l'autre. Astley Cooper arrive aux mêmes conclusions. Dupuytren précise le diagnostic; les ressemblances avec les tumeurs malignes sont telles qu'il faut, avant d'enlever une glande réputée cancéreuse, prescrire le traitement antisypilitique. Ricord, dans une première description, reprend la tradition de Benjamin Bell et d'Astley Cooper, et le tableau du sarcocèle qu'il trace en 1840, semble exact dans ses grandes lignes. Mais il se passe un fait étrange; la doctrine, saine au début, s'altère, non point d'une génération à l'autre, mais dans l'œuvre du même écrivain et, dès 1845, Ricord affirme que le testicule sypilitique ne suppure jamais.

Il fallait que son autorité fût bien grande pour qu'on négligeât les observations où la fonte des masses caséuses déposées par la syphilis est nettement affirmée. Gosselin déclare n'avoir jamais vu suppurer l'orchite sypilitique. Virchow soutient la même erreur : la gomme ne suppure pas. Lancereaux dit : « Quant à la suppuration, tout porte à croire que le testicule sypilitique n'y est pas sujet. Cette opinion, qui est celle du professeur Gosselin, de Ricord et la nôtre, a l'avantage de reposer sur des faits nombreux. » A ces noms, Lancereaux pouvait ajouter ceux de Cornil et Ranvier, car ces auteurs écrivent : « On n'a pas d'observation positive de suppuration et d'ouverture, à l'extérieur, de gomme du testicule. » Seul, à cette époque, Kocher conteste l'assertion de Virchow. Reynier, en 1879, donne deux observations où le dépôt s'est ramolli et abcédé. Son travail est un des premiers où nous voyons, en France, affirmer la suppuration des syphilomes testiculaires. Terrillon en avait cependant recueilli un exemple en 1878. La question en était à ce point lorsque, en 1882, nous publiâmes sur la *Syphilis du testicule* un mémoire où la gomme et sa suppuration fréquente sont longuement étudiées.

B. BELL, Traité de la gonorrhée virulente, trad. de Bosquillon. Paris, 1802, t. II, p. 190. — HUNTER, Traité de la maladie vénérienne, trad. de Richelot, 1855. — A. COOPER, Diseases of the testis. London, 1855, p. 156, et *Œuvres chirurgicales*, trad. par Richelot et Chassaignac. Paris, 1857, p. 456. — CURLING, Traité pratique des maladies du testicule, traduit et annoté par Gosselin. Paris, 1857. — DUPUYTREN, *Leçons orales*, t. IV, p. 256. — HAMILTON, Essay on syphilitic sarcocèle. Dublin, 1860. — HÉLOT, Sur le testicule sypilitique. *Journal de chir. de Malgaigne*, 1846, p. 105 et 129. — RICORD, Testicule sypilitique. *Traité pratique de l'inoculation appliquée aux maladies vénériennes*, 1858, p. 640. — DU MÊME, *Bull. gén. de thérap.*, 1840, p. 218. — DU MÊME, *Gaz. des hôp.*, 1865, p. 502, 577. — DU MÊME, Annotations au traité de Hunter. Sarcocèle sypilitique, p. 651. — DU MÊME, Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens. — DRON, De l'épididymite sypilitique. *Arch. gén. de méd.*, 1865, 6^e série, t. II, p. 515, 724. — ROLLET, Traité des maladies vénériennes, 1865, p. 878-888. — VIRCHOW, Syphilis constitutionnelle, trad. franç. Paris, 1859. — LANCEREAUX, Traité de la syphilis. Paris, 1866. — FOURNIER, Du sarcocèle sypilitique. *Ann. de dermat.*, et *Mouvement méd.*, 1875. — NEPVEU, *Mém. de chir.*, 1875, p. 405. — BALME, De l'épididymite sypilitique. Thèse de Paris, 1876. — HUTCHINSON, Testicule sypilitique. *Med. Times and Gaz.*, 1878, vol. II, p. 70. — KOCHER, *Chirurgie von Pitha und Billroth*, 1871-1875, Bd. III, Abth. II, B. — JULLIEN, Traité pratique des maladies vénériennes, 2^e éd., 1886. — MINÈRE, Symptômes et diagnostic du testicule sypilitique. Thèse de Paris, 1881. — TÉDENAT, Études sur les affections sypilitiques du testicule. *Monit. méd.*, 1881. — PAUL RECLUS, De la syphilis du testicule. Paris, in-8°, 1882. — DU MÊME, Du sarcocèle sypilitique. *Clinique et critique chirurgicales*. Paris, 1884. — MALASSEZ et RECLUS, Sur les lésions histologiques de la syphilis testiculaire. *Arch. de phys.*, 1882, p. 946. — RECLUS, Sur une forme rare d'épididymite sypilitique. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1885, p. 894. — ROHMER, Le sarcocèle sypilitique. Thèse pour l'agrég. en chir. Paris, 1885. — HUTINEL, Sur les lésions sypilitiques du testicule chez les enfants. *Revue mens. de méd. et de chir.*, février 1878. — CASSINE, Du sarcocèle sypilitique à début inflammatoire. Thèse de Paris, 1886. — D'OELSNITZ, Pachyvaginalite sypilitique. Thèse de Paris, 1886. — KOCHER,

Syphilis testiculaire. *Deutsche Chir.*, 1887, livre L, p. 545. — CUILLERET, Étude sur l'épididymite secondaire. Thèse de Lyon, 1891.

Anatomie pathologique. — Les lésions de l'épididymite secondaire sont encore inconnues; nous supposons que les noyaux si bien décrits par Dron sont des dépôts gommeux. Jamais ils ne provoqueraient, dit-on, d'épanchement dans la vaginale. Tel n'est pas l'avis de Tédénat, qui a constaté 3 fois une hydrocèle, nous-même avons observé deux faits de ce genre. Sigmund et Tédénat ont signalé une vaginalite secondaire sans lésion appréciable du testicule et de l'épididyme.

Si l'on en croyait une assertion courante, l'hydrocèle serait de règle dans le sarcocèle scléro-gommeux; mais d'un relevé qui porte sur près de 50 observations, il ressort que l'épanchement existerait à peine dans la moitié des cas. Peut-être est-il plus fréquent au début; mais il devient rare aux périodes ultimes : ainsi, sur 25 dissections de testicules sypilitiques enlevés par la castration ou recueillis après la mort, nous trouvons que 21 fois l'hydrocèle manquait, 2 fois une petite quantité de liquide s'était interposé en un point, enfin 1 fois l'épanchement était appréciable. Il en est de même dans la syphilis héréditaire, et Hutinel ne l'a observé que deux fois sur un grand nombre de faits. Kocher, Rollet, Virchow, nous-même avons noté que, lorsque l'orchite vieillit, il s'opère une fusion des feuillettes séreux, et les enveloppes des bourses forment une membrane unique, d'aspect fibro-cartilagineux, surtout en arrière, où le tissu scléreux s'accumule en une coque qui double ou triple le volume de l'épididyme. Il s'agit alors d'une pachyvaginalite; la tumeur revêt parfois la forme hémorragique; de véritables hématoécèles ont été observées : Tédénat en a publié un exemple; nous et notre élève OElsnitz en avons réuni plusieurs, et désormais on comptera la syphilis parmi les causes des vaginalites hémorragipares.

Les altérations de l'épididyme ne se rencontrent guère dans la forme purement scléreuse. Au premier abord, cet organe semble avoir disparu au milieu des masses fibreuses; mais la dissection prouve qu'il est à peu près normal. Cependant Ricord l'a vu aplati comme un ruban sur le bord postéro-supérieur du testicule; ces cas, qu'il croyait de règle, sont rares et, s'il est anémié par la coque qui l'enserme, ses dimensions changent peu. L'aspect du testicule varie suivant l'âge des lésions : l'orchite interstitielle au début n'est guère connue que chez les enfants en proie à la syphilis héréditaire. Hutinel montre « le testicule plus gros, plus dur et plus pesant qu'à l'état normal »; il atteint rarement le volume d'un œuf de pigeon, ordinairement il a celui d'une noisette; il ressemble à une masse charnue, plus dense que n'est le tissu de la glande saine. On distingue çà et là de petits points blanchâtres qui rappellent des grains de semoule. Nous avons retrouvé cet aspect chez l'adulte. Le testicule est massif; son parenchyme résiste à une traction même énergique; des vaisseaux se dessinent sur la surface de section, mais, au lieu de suivre les faisceaux fibreux des travées comme dans la glande normale, ils divergent en éventail dans les tissus de formation nouvelle.

L'envahissement scléreux se fait rarement d'une façon régulière. Le plus souvent, du *rete testis* induré partent des cordages tendineux qui circonscrivent des espaces où les tubes persistent. Leur coloration chamois tranche sur l'apparence laiteuse, due à l'abondance des fibres conjonctives. Parfois les altéra-