

tionnel. Tédénat dit que, sur 12 cas, 5 fois le sarcocèle apparut après un an, 1 fois après deux ans, et 8 fois entre cinq et seize ans.

On ne saurait dire de prime abord si l'orchite syphilitique est « l'expression d'une vérole forte ». Évidemment, une syphilis maligne a grand chance de provoquer un sarcocèle. Ainsi, tandis que nous trouvons 1 fois la glande spermatique atteinte sur environ 55 cas de syphilis quelconque, la proportion serait autrement forte d'après l'Atlas iconographique de Ricord où sont consignées des observations de syphilis grave : on aurait une lésion du testicule tous les 5 ou 6 cas ! Mais le virus peut être moins actif et le terrain mieux préparé ; une infection assez bénigne, pour n'avoir laissé aucun souvenir dans la mémoire, aucun vestige sur le corps, détermine l'apparition d'un sarcocèle. Cependant, toutes choses égales d'ailleurs, le sarcocèle a d'autant plus de chance d'apparaître que la syphilis est plus maligne. De l'activité du virus peuvent aussi dépendre la multiplicité des dépôts gommeux. L'orchite est parfois le fruit de la syphilis héréditaire. Curling, Bryant, Henning, Taylor, Lewin, Obédénare, Hénoch en ont cité des cas et Hutinel a bien étudié cette question. Ce sarcocèle infantile se rencontrerait « dans plus du tiers de ces cas ». Donc, grâce aux orchites héréditaires, le sarcocèle est de tous les âges. Fréquent chez les tout jeunes syphilitiques, il deviendrait exceptionnel au bout des premières années. Puis on le voit réapparaître à l'époque de la syphilis acquise. Il sévit pendant la période de la plus grande activité sexuelle, et décroît, bien qu'on le rencontre encore chez le vieillard. Jullien signale 2 cas avant vingt ans ; 7 de vingt à trente ; 9 de trente à quarante et 6 de quarante à cinquante. Tédénat trouve 1 cas à un mois, 1 autre à cinq ans, 5 de vingt à trente ans et 6 de trente à cinquante.

Les travaux de Verneuil et de L.-H. Petit ont appris que les syphilomes atteignent de préférence les organes affectés d'une tare. Tous les auteurs, de Ricord à Fournier, reconnaissent l'influence des excès vénériens. « Sur plusieurs malades, nous dit ce dernier, le sarcocèle avait succédé manifestement à un véritable surmenage, à des prouesses érotiques immodérées. » On trouve de rares observations où une violence extérieure a servi de prétexte à l'évolution du sarcocèle. La clinique de Langenbeck nous en fournit deux cas. Ricord ajoute « la continence trop prolongée, cause qui se rencontre assez rarement ». « Quelquefois la diathèse tuberculeuse, cancéreuse et scrofuleuse, peut venir en aide à la diathèse syphilitique ». Les inflammations antérieures sont une prédisposition indéniable : « Ce sont les causes les plus puissantes de mise en scène du sarcocèle syphilitique. » Et, d'après Ricord, cette influence est telle, qu'elle peut intervertir l'ordre de succession des accidents. « Il y a une sorte de changement dans l'allure et la marche de la maladie qui, au lieu de commencer par le testicule lui-même, envahit d'abord l'épididyme. » Le développement spontané de l'orchite scléro-gommeuse n'en reste pas moins la règle. Il y a longtemps que Dupuytren l'a démontré, et Hélot aurait quelque tendance à nier la valeur des causes occasionnelles, « car il n'a rien observé qui puisse justifier ces données ». La prédisposition créée par une inflammation antérieure ne lui paraît pas prouvée. « On voit des malades qui ont eu des blennorrhagies avant l'apparition du sarcocèle... Mais souvent le testicule qui a été affecté par la gonorrhée n'est pas celui qu'envahit la syphilis. » D'autre part, Montaz⁽¹⁾ a vu chez un syphilitique une chaudepisse tombée dans les bourses provoquer une épididymite

(1) MONTAZ, *Dauphiné méd.*, janvier 1892.

énorme accompagnée de funiculite, de vaginalite et d'œdème du scrotum. Puis les phénomènes inflammatoires disparaissent, laissant après eux un sarcocèle syphilitique indiscutable que guérit rapidement le traitement spécifique.

Symptômes. — Nous décrirons deux formes : l'épididymite de Dron et l'orchite scléro-gommeuse qui peut se terminer par atrophie, par suppuration ou par l'apparition d'un fungus.

L'épididymite, telle que la décrit l'école de Lyon, se montre le plus souvent dès les premiers mois de la maladie et coïncide toujours avec les accidents secondaires habituels ; elle est caractérisée par une tuméfaction d'un ou des deux épididymes et localisée ordinairement à la tête de l'organe ; sur 14 cas de Dron, elle était 7 fois unilatérale, 7 fois bilatérale et 15 fois siégeait dans le *globus major* ; sur 22 cas de Balme, elle était 17 fois unilatérale, 5 fois bilatérale et siégeait 16 fois à la tête ; sur 8 cas de Tédénat, elle était 5 fois unilatérale, 3 fois bilatérale ; sur 12 cas de Cuillerier, elle était 6 fois unilatérale, 6 fois bilatérale et 10 fois la tête était prise. Le volume de la tumeur varie de la grosseur d'un pois à celle d'une amande ; sa consistance est ferme, rigide, uniforme, avec induration en cercles concentriques ; elle est spontanément indolente ; les pressions mêmes ne réveillent d'ordinaire aucune souffrance, la fonction spermatique est respectée et l'on a trouvé des animalcules dans le liquide éjaculé.

Le début de l'épididymite est le plus souvent insidieux et passe fréquemment inaperçu ; cependant on cite quelques observations où l'invasion a été brusque et d'allure inflammatoire : aussi a-t-on pu croire à quelque orchite uréthrale ou à une tuberculose ; nous avons publié des cas de ce genre et l'on a relevé déjà cinq ou six faits semblables ; mais les accidents aigus cessent bientôt et la forme indolente s'établit ; on ne sait ce que devient l'épididymite abandonnée à elle-même ; sans doute elle persisterait indéfiniment, mais le mercure la dissipe en quelques jours et sa terminaison régulière est la résolution complète. Ce « syphilome » particulier qui serait, d'après nous, une gomme précoce, est considéré par Cuillerier, dont j'ai suivi pas à pas la description, « comme ayant son siège limité au tissu interstitiel péricanaliculaire de l'épididyme ». N'oublions pas que le tableau clinique n'est pas toujours aussi net : à côté du début insidieux, nous avons déjà noté l'invasion aiguë ; il faut classer aussi l'infiltration épididymaire diffuse à côté des noyaux circonscrits habituels, et dire que, dans quelques cas, on a montré des lésions concomitantes du cordon et du testicule ; Tédénat a vu une vaginale tantôt séreuse, tantôt sèche.

L'orchite scléro-gommeuse répond à l'ancienne orchite interstitielle, au sarcocèle scléreux, au testicule syphilitique proprement dit. Son « type moyen » offre des symptômes bien décrits depuis Ricord. Les bourses sont plus volumineuses, surtout lorsque les deux glandes sont envahies ; les téguments souples et normaux glissent sur les couches profondes ; parfois ils semblent amincis, mais alors une hydrocèle les distend. Dans son ensemble, la glande est plus grosse, du volume d'un œuf, qu'elle peut même dépasser ; cependant les diamètres de l'organe conservent d'habitude leurs proportions normales. La forme change un peu : le testicule est aplati d'un côté à l'autre, et nous ne saurions mieux le comparer qu'à un galet placé de champ dans la vaginale. Comme le galet d'ailleurs, sa consistance est extrême. Il est d'une dureté cartilagineuse : la surface en est rarement lisse. On la trouve semée de saillies hémisphériques, comme la moitié d'un grain de plomb ou d'un pois sec appliquée contre l'albuginée, que

« blindent » des lames fibreuses. Aucune douleur : on « manie » l'organe sans réveiller la moindre souffrance, et des pressions énergiques sont tolérées. Il est rare de pouvoir délimiter les deux parties constituantes de la glande confondues en une masse unique; on doit suivre le canal déférent comme un fil conducteur pour reconnaître l'épididyme : la coque fibreuse qui l'enveloppe forme en arrière une saillie fort dure. Mais, s'il n'est pas envahi par les produits syphilitiques, il s'étale sur la glande comme un ruban, et la palpation ne saurait en révéler la présence. Le canal déférent est presque toujours intact; cependant il est des cas où l'infiltration en a augmenté le volume. La prostate et les vésicules séminales n'ont jamais, sauf peut-être dans une observation de Reliquet, subi de dégénérescence en relation bien démontrée avec celle de la glande génitale.

Nous allons revenir sur chacun de ces signes, pour en déterminer la fréquence. Les enveloppes scrotales sont souples d'ordinaire et d'épaisseur normale. Mais, pour peu qu'une hydrocèle existe, la peau est amincie et des veines se dessinent sur sa transparence. Dans d'autres cas, on constate une sorte d'œdème, les tuniques sont infiltrées, peu mobiles et rappellent, par leurs rides, les bourses qu'a rétractées le froid. Quelques auteurs ont fait de l'hydrocèle un symptôme habituel de l'orchite scléro-gommeuse : Gosselin la considère comme un de ses meilleurs signes, et Boursier semble souscrire à cette opinion. On s'exposerait à des méprises si l'on comptait trop sur ce caractère, car le liquide fait défaut dans la moitié des cas. Nous ne prétendons pas qu'une moitié des orchites scléro-gommeuses évolue sans épanchement; des malades nous ont dit avoir eu de l'hydrocèle, et, au moment de notre examen, nous ne pouvions plus la constater; leurs renseignements pourtant étaient précis. Il est même des faits où elle s'est produite et a disparu sous les yeux de l'observateur. La majorité des orchites syphilitiques sont accompagnées, à une époque quelconque, d'un épanchement séreux; mais il se résorbe et, une fois sur deux, l'explorateur ne le retrouve pas en examinant les bourses. La quantité de liquide est variable. Parfois, les deux feuillets de la vaginale, soudés, ne laissent qu'un petit espace où se forme un kyste; parfois, la cavité est distendue par une hydrocèle volumineuse. Hélot cite un cas où le scrotum était de la grosseur d'une tête d'enfant. Fournier dit : « L'hydrocèle est minime ou moyenne ». Il ne faut pas prendre cette affirmation à la lettre, et, si le plus souvent le volume de la bourse ne dépasse pas celui d'un « petit citron », on ne compte plus les exemples où les dimensions en étaient autrement exagérées.

D'ordinaire, la glande est plus grosse, doublée même ou triplée de volume, selon le stade de la syphilis. Si, dans une première période, la tumeur augmente, elle peut, dans une seconde, rester stationnaire, puis décroître et s'atrophier. On trouve alors au fond des bourses un corps arrondi, dur, analogue à un noyau de prune : les dépôts gommeux ont été résorbés et le tissu fibreux s'est rétracté. La consistance du testicule est ligneuse. Si parfois une légère élasticité persiste, souvent la glande rappelle par sa dureté le plus dense fibrome. Lorsqu'une partie de la substance conserve sa structure primitive, on trouve, à côté des parties molles, des gommages enfouies au milieu du parenchyme. Quelquefois il n'y en a qu'une seule, et dans un de nos cas on sentait une masse arrondie, du volume d'une cerise et coiffée en haut et en bas par les segments inaltérés de la glande. Nous avons recueilli un fait où la souplesse des deux pôles contrastait avec le disque induré du centre.

La surface de l'albuginée peut être régulière et lisse, et l'on ne rencontre pas

toujours les saillies hémisphériques et les aspérités pisiformes qui épaississent cette enveloppe. Dans plusieurs cas où le diagnostic est évident, le doigt glisse sans être arrêté par la moindre production fibreuse. D'ailleurs, l'examen anatomique de quelques pièces a prouvé que la syphilis envahit parfois le parenchyme sans retentir sur la membrane externe, et, par conséquent, le nom d'« albuginite » donné par Ricord s'appuie sur un signe qui peut manquer. Mais, lorsqu'elle existe, cette altération constitue un caractère précieux. Ce sont de petites saillies enchâssées dans l'albuginée. Confluentes ou rares, semées au hasard, on les trouve sur tous les points du testicule, peut-être en plus grande abondance sur les côtés, près de l'insertion de l'épididyme. Les productions fibreuses se présentent encore sous formes de plaques dures, véritable blindage contribuant à la consistance de la glande.

Les néoformations conjonctives, en se portant de l'épididyme sur le testicule, comblent le sillon qui limite les deux portions de la glande confondues en une masse unique. Ricord admettait que l'épididyme échappe aux altérations syphilitiques et s'amincit, comme un ruban, sur le testicule hypertrophié. Depuis, on a reconnu la fréquence des altérations épididymaires et, d'après Fournier, elles existent dans un tiers des cas, — plus de la moitié, si nous en croyons nos relevés. Ce sont des noyaux déposés dans la tête ou dans la queue de l'organe, exceptionnellement dans sa partie moyenne, mais solidarisés par la coque périglandulaire. Dans l'immense majorité des faits, le canal déférent est souple et de calibre normal. Cependant, depuis Hélot, on a signalé des déférentites. Le canal est dur, rigide, cassant, pour ainsi dire; on croirait une baguette de verre. Chez un de nos malades, deux noyaux indurés donnaient un aspect moniliforme à l'extrémité inférieure du canal déférent. Dans un exemple de Lance-reaux, le cordon du volume du pouce était renflé en plusieurs endroits. L'une des tumeurs, située près de l'arcade de Fallope, avait le volume d'un gros marron. Mais aux dépens de quel tissu la gomme s'est-elle développée? Peut-être est-ce surtout dans la substance conjonctive qui unit les éléments du cordon; dans un de nos cas, le canal déférent était lisse, et d'un volume double de celui du côté opposé; son épaississement se constatait jusque dans le trajet inguinal.

Lorsque la glande est dégénérée, des pressions énergiques ne réveillent aucune souffrance. Il est des points où la douleur persiste, mais la dureté y est moindre et c'est un segment qui a échappé à la néoplasie. Règle générale, la sensibilité est en raison inverse de la résistance. L'indolence est absolue de ces petits testicules atrophiés, perdus dans les bourses. Les altérations sont souvent bilatérales. Une glande est prise, l'autre ne tarde pas à être envahie, et la dernière envahie, la dernière infiltrée devient parfois la plus malade. Dans une de nos observations, le testicule droit commence à grossir; trois mois après, le gauche est atteint; mais, tandis que le premier reste stationnaire, le second s'enflamme et une gomme suppure. Sur 44 faits relevés par nous, la dégénérescence existait 25 fois des deux côtés, et 19 fois d'un seul. Les désirs vénériens peuvent persister longtemps sans modifications. Plus tard, avec les progrès de la dégénérescence, l'activité sexuelle diminue, et, si les deux testicules sont envahis, l'infécondité d'abord, ensuite l'impuissance, en sont le résultat fatal : la syphilis provoque ce que Fournier appelle une « castration sous-albuginée ».

Le début est insidieux. Les désordres se font à froid, et souvent c'est par hasard que la tumeur du testicule est découverte. Cette indolence particulière

faisait dire à Ricord que « le chef de service devait plus surveiller les testicules de ses malades que ses malades ne les surveillent eux-mêmes ». On rencontre cependant des sarcocèles douloureux. A la vérité, c'est par son poids que gêne le testicule. Le malade accuse surtout un tiraillement du trajet inguinal, et, dans les lombes, une sensation de pesanteur. Nous avons observé ces cas où la souffrance était plus forte; la marche, les mouvements réveillaient des élancements qui de la glande gagnaient le cordon, l'aîne et la racine de la cuisse. Ces douleurs sont notées dans deux faits de Lejeal. Lancereaux parle d'un malade dont, pendant une année, le testicule fut le siège d'élancements. Hélot et Nélaton signalent des cas de ce genre. La syphilis peut prendre une allure aiguë et débiter par une véritable orchite. Les observations publiées dans notre mémoire de 1882 prouvent la réalité de cette forme oubliée par Ricord lui-même, qui, après l'avoir signalée dans son *Atlas*, n'y fait plus allusion dans ses œuvres postérieures. Gosselin et Fournier ont reconnu le bien fondé de notre description, et Cassin a publié sur cette variété d'allure inflammatoire une thèse qui a dissipé tous les doutes. Aussi disons-nous que, si, le plus souvent, l'infiltration scléro-gommeuse se dépose à froid, la syphilis peut procéder par envahissements rapides et débiter par un appareil aigu. Mais que le mode de début soit aigu ou chronique, la marche ultérieure de l'affection est la même. Le testicule revêtira bientôt les caractères que nous avons tracés.

Dans l'orchite *infantile*, la tumeur, presque toujours bilatérale, atteint rarement le volume d'un œuf de pigeon; l'épididyme est intact, et deux fois seulement Hutinel a trouvé du liquide dans la vaginale. « Au lieu de la consistance molle et flasque qu'il a dans le jeune âge, le testicule peut avoir une résistance égale ou supérieure à celle de l'œil, et rouler sous les doigts comme une bille. » La pression n'y réveille aucune douleur. Les altérations sont parfois congénitales, mais, le plus souvent, c'est de deux à quinze mois qu'on les voit apparaître. Elles sont d'une grande importance pour le diagnostic de la syphilis, et lorsque « un jeune sujet cachectique porte, autour de la bouche ou de l'anus, des fissures suspectes, sur les fesses ou sur les membres une éruption douteuse, s'il a les glandes spermatiques dures, volumineuses et indolores, il n'est pas téméraire d'affirmer qu'il est syphilitique ». Que va devenir cet enfant atteint d'orchite interstitielle? Probablement un être impuissant et stérile. L'atrophie suivra la sclérose et, sans doute, certaines atrophies dites congénitales n'ont d'autres causes que la syphilis héréditaire.

Terminaisons. — Lorsque l'évolution de l'orchite scléro-gommeuse n'est pas entravée par la thérapeutique, on assiste à une de ces terminaisons : atrophie, ramollissement, fistule ou fungus. L'atrophie du testicule est lente. Les dépôts gommeux se résorbent; les éléments nouveaux s'organisent en un tissu cicatriciel qui étouffe les vaisseaux et les tubes séminifères. A la place de l'ancien parenchyme, on ne rencontre que quelques noyaux d'une dureté cartilagineuse. Curling raconte « avoir trouvé à l'autopsie d'un homme qui, quelques années auparavant, avait souffert d'une maladie chronique des testicules, les deux organes très indurés. Sur tous les deux la substance tubuleuse était amoindrie et remplacée par un tissu fibreux dense. A la partie supérieure du testicule droit, il y avait un dépôt jaunâtre presque aussi compact que du cartilage. » On peut voir des lésions plus avancées, des testicules plus petits qu'une

noisette. Mais on n'assiste guère aux étapes successives que parcourent ces altérations, car le traitement arrête le processus.

Le ramollissement et la suppuration des gommeux ont une grande importance. Sur la glande malade, on voit les bourses, jusqu'alors indolores, devenir le siège de souffrances qui s'irradient vers le trajet inguinal et les lombes. Le testicule grossit par poussées successives, et du bord antérieur se détache une saillie du volume d'une noisette, qui pointe, puis adhère aux enveloppes qu'elle soulève. Le scrotum œdémateux rougit; la peau, de couleur vineuse, semble recouvrir une collection purulente, mais, lorsqu'on palpe la nouvelle tumeur, loin de trouver de la fluctuation, les doigts sont arrêtés par des tissus de consistance cartilagineuse. La pression y réveille des douleurs sourdes; au bout d'un temps variable, la tumeur se ramollit; la peau, soulevée par une collection liquide, s'ulcère, et par cette perte de substance s'échappe une matière puriforme, mêlée à des grumeaux blanchâtres. Sur la partie antérieure du scrotum souvent épaissi et rigide, s'est creusée une ulcération dont le diamètre dépasse rarement 5 ou 4 centimètres. Les bords violacés et taillés à pic circonscrivent une cavité anfractueuse, dont les parois, presque sèches, surplombent ce cratère, au fond duquel se montre une matière jaune qui rappelle le bourbillon de l'anthrax, mais plus résistante, et qui se détache par fragments. Avec une pince on peut en saisir quelques lambeaux, et l'on reconnaît la structure de la gomme, un tissu formé par l'enchevêtrement de travées fibreuses transparentes et des amas de granulations jaunâtres.

Cet état demeure stationnaire. La gomme s'expulse et derrière elle peut-être se déposent de nouveaux amas qui seront évacués à leur tour. Le scrotum s'épaissit et prend, dans certains cas, un aspect éléphantiasique, comme nous en avons vu trois exemples. Pas de tendance à la réparation; les bourgeons charnus ne s'organisent point. Mais lorsque le traitement spécifique est prescrit, la plaie se déterge, des granulations comblent le fond de l'ulcère qui vient affleurer les téguments. La perte de substance a disparu, et il reste un cordon fibreux qui relie le testicule aux enveloppes scrotales. Ce cordon peut se résorber, et seule la cicatrice déprimée témoigne des lésions anciennes. La perte de substance est placée en avant du testicule, à la partie antérieure du scrotum; c'est en avant que la gomme s'évacue. L'ulcère est d'une surface peu étendue, si ce n'est lorsque deux ou trois pertuis se joignent pour n'en former qu'un. Il gagne en profondeur et mesure parfois jusqu'à 5 centimètres, quand c'est en pleine substance séminifère que le néoplasme prend naissance, mais le syphilome peut être superficiel et se développer à fleur d'albuginée. Parfois la substance gommeuse s'échappe en grumeaux délayés dans de la sérosité filante, et, au fond du cratère, on aperçoit une masse jaunâtre qui s'exfolie, entraînée par l'exsudation des liquides. Parfois, lorsque la gomme est volumineuse ou que plusieurs gommeux s'ouvrent les uns dans les autres, des masses viennent faire saillie à la surface de l'ulcère. Chaque jour, une poussée nouvelle rejette au dehors un petit peloton semblable à de la filasse mouillée. On pourrait croire qu'il s'agit de tubes séminifères. Il n'en existe pas un seul : ce sont les traînées conjonctives de la trame gommeuse.

L'évolution de la gomme se fait par soubresauts. Rarement elle provoque une inflammation de voisinage, se ramollit, ulcère les enveloppes et s'évacue. Certaines s'enkysteront dans le testicule ou se résorberont sans qu'aucun symptôme en révèle la présence. D'autres dormaient depuis longtemps, qui s'échauffent