

par atrophie testiculaire. Lorsqu'il se forme des fistules, celles-ci persistent souvent pendant des années.

Le **traitement**, d'après ce que nous venons de dire, sera purement symptomatique ou consistera dans la castration; cette dernière est toujours indiquée dans la forme diffuse, lorsqu'elle gêne beaucoup le malade et s'accompagne de suppuration et de violentes douleurs. Même dans les cas d'abcès du testicule, on réussira rarement par une incision à conserver une partie notable du parenchyme testiculaire; encore ici, c'est à la castration que l'on accordera la préférence.

§ 278. — **L'inflammation chronique de l'épididyme (épididymite chronique)** succède le plus souvent à la forme aiguë et consiste en une hypertrophie et hyperplasie du tissu connectif qui sépare les circonvolutions de cet organe. Elle se présente sous la forme d'une nodosité dure, siégeant surtout à la queue de l'épididyme, moins souvent à la tête et plus rarement encore sur le corps de l'organe. Dans les cas de persistance de l'affection des voies urinaires, la tumeur peut atteindre les mêmes dimensions et présenter la même forme que dans l'inflammation aiguë.

L'épididymite chronique peut guérir par régression spontanée. Toutefois ce mode de terminaison ne s'observe jamais qu'après la guérison de l'affection des voies urinaires. Les douleurs sont, en général, peu intenses; rarement le malade accuse ces irradiations douloureuses dans les régions inguinale et lombaire dont il a été fait mention déjà plusieurs fois. Des douleurs locales plus vives permettent de conclure au développement d'abcès; ces derniers laissent à leur suite des fistules très persistantes.

Le **traitement** consiste dans l'éloignement de toutes les causes nuisibles, dans l'application d'un suspensoir rembourré et s'adaptant bien au scrotum; on essayera également l'usage interne de l'iodure de potassium, à l'aide duquel nous avons obtenu certainement une amélioration dans un certain nombre de cas. Quand à l'application locale de substances médicamenteuses, elle n'est d'aucune utilité. Dans les cas où il se forme un **abcès**, une **large incision** au niveau de la face postérieure du scrotum est suivie d'une guérison parfois lente, il est vrai, mais complète. Les fistules doivent être toutes incisées jusqu'au tissu malade. Lorsqu'il existe des abcès multiples, que l'organe entier est malade et fortement augmenté de volume, le plus souvent c'est à la **castration** qu'il faut avoir recours, comme au seul moyen capable de délivrer le malade de ses souffrances.

Comme appendice aux inflammations nous devons mentionner encore l'affection connue sous le nom de **fungus bénin du testicule**, se présentant sous la forme d'une tumeur rougeâtre ou jaunâtre, recouverte de granulations, tumeur qui fait saillie à la surface du scrotum et varie du volume d'une noisette jusqu'à celui d'un œuf de poule. La peau du scrotum est froncée, épaissie et séparée du fungus par un sillon profond.

La tumeur formée de granulations et d'un tissu conjonctif myxomateux lâche, pénètre jusque dans la substance du testicule, rarement elle prend naissance sur la tunique albuginée. Elle se développe à la suite de la perforation d'une orchite suppurée, ou comme nous l'avons déjà mentionné, à la suite de plaies ayant pénétré jusque dans la substance du testicule; ou bien encore elle est la conséquence d'une dégénérescence du parenchyme testiculaire par formation de gommès, soit dans la syphilis (qui en est la cause la plus fréquente), soit dans la tuberculose.

Le fungus qui se développe à la suite de plaies ou de l'ouverture spontanée d'un abcès du testicule, guérit d'habitude spontanément; de même celui qui survient dans la syphilis, cède à un traitement antisiphilitique convenable. Dans la tuberculose du testicule la castration est indiquée. Dans le but d'obtenir une prompte guérison du fungus bénin, lorsqu'il n'est pas sous la dépendance d'une dyscrasie, ou que la guérison de cette dernière a pu être obtenue, Syme s'est servi de la méthode suivante: le fungus est avivé superficiellement, puis, à la base, la peau du scrotum est détachée par une incision ovale, avivée, mobilisée et réunie au-dessus de la tumeur.

2. Néoplasmes du testicule et de l'épididyme.

§ 279. — Le testicule et l'épididyme sont très souvent le siège de néoplasmes de nature très diverse; à l'exception de quelques tumeurs kystiques que l'on peut faire disparaître par l'incision ou l'extirpation, et des gommès qui cèdent à un traitement antisiphilitique, la guérison de ces néoplasmes exige l'ablation du testicule ou castration. Dans la description qui va suivre nous ne parlerons du traitement que lorsque la guérison peut être obtenue autrement que par la castration.

1. **Les néoplasies syphilitiques** débutent le plus souvent sans douleur et s'accroissent lentement. Plus rarement, le malade accuse des douleurs intenses, locales et irradiées, comme dans les inflammations aiguës. Le testicule devient le siège d'une tuméfaction régulière et peut atteindre le volume d'un œuf d'oie, ou bien des indurations et des saillies en forme de nodosités correspondent à des gommès développées dans le tissu de la glande. Cette affection se termine par une induration fibreuse avec diminution de volume de l'organe et destruction du parenchyme proprement dit, ou bien par le ramollissement des gommès, leur perforation et la formation de fistules. Toutefois le processus ne peut évoluer ainsi que dans l'espace de quelques mois. La tumeur testiculaire n'est le plus souvent pas douloureuse à la pression, sa consistance est dure; rarement elle s'accompagne d'hydrocèle (**H. symptomatique**). Les deux testicules deviennent malades en même temps ou en succession rapide; quelquefois cependant des mois et des années s'écoulent entre

l'affection de l'un et de l'autre testicule; l'une des deux glandes peut même rester complètement saine.

Le **traitement**, qui est de longue durée, consiste dans la médication antisiphilitique. Au début de l'affection, l'iode de potassium surtout est d'une grande utilité, car il fait disparaître rapidement la tumeur et les douleurs qui l'accompagnent; le traitement antisiphilitique doit être, du reste, longtemps continué. Les récidives sont assez fréquentes, alors même que le malade a été traité d'une façon convenable.

2. La **tuberculose du testicule et de l'épididyme** se présente sous la forme de tubercules miliaires sans que d'autres organes soient affectés, ce qui est très rare (C. FRIEDLÆNDER), ou bien elle n'est qu'une manifestation partielle d'une tuberculose miliaire généralisée; mais, plus souvent, on observe des nodosités plus volumineuses, variant du volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une grosse noix; grâce à la fonte caséuse de leur tissu, elles présentent à leur intérieur une cavité remplie d'une masse caséuse, ou d'un liquide de coloration jaunâtre.

En règle générale, l'affection débute dans l'épididyme, ce que l'on considère comme un signe de diagnostic très important; il s'y forme d'abord des foyers caséux, en même temps qu'un catarrhe purulent avec ulcérations; et il en est de même pour le canal déférent.

Dans la tuberculose du testicule et de l'épididyme la tuméfaction et la douleur surviennent rapidement; la tumeur atteint son volume définitif dans un espace de temps qui varie de 8 jours jusqu'à 8 à 10 semaines au maximum; et déjà alors le foyer tuberculeux s'ouvre à l'extérieur et laisse une fistule qui peut persister des années. La tumeur reste alors parfois stationnaire; souvent, cependant, on voit se former de nouvelles fistules précédées de gonflement et de douleurs. Ce mode d'évolution est surtout important pour le diagnostic différentiel entre la tuberculose et les lésions siphilitiques du testicule. L'affection reste unilatérale ou bien envahit aussi le côté opposé au bout d'un temps variable.

D'autres organes peuvent être déjà atteints de tuberculose avant le testicule et l'épididyme, ou deviennent malades en même temps que ces derniers, ou bien encore ils restent sains alors que le testicule et l'épididyme sont déjà affectés de tuberculose depuis plusieurs années (C. FRIEDLÆNDER, KOCHER, etc.). On a aussi observé une rétraction fibreuse et une calcification des foyers tuberculeux¹.

Le **traitement** peut consister, soit dans l'expectation (traitement symptomatique), soit dans la castration. L'**expectation** s'impose dans tous les cas où les parties affectées de tuberculose ne peuvent être com-

1. Il importe de bien distinguer les formes de tuberculose qui se développent primitivement dans le testicule, de celles dans lesquelles l'affection s'est développée tout d'abord dans les reins et la vessie, l'envahissement du testicule ne constituant alors que la phase ultime de la tuberculose de l'appareil génito-urinaire de l'homme.

plètement enlevées, par conséquent, toutes les fois que l'affection intéresse la partie intra-abdominale du canal déférent, les vésicules séminales, la prostate, ou qu'elle s'accompagne d'une tuberculose des poumons et d'autres organes internes. Le **traitement local** doit alors consister dans le nettoyage des fistules fait avec soin; on pratiquera au besoin le curage avec la cuiller tranchante, le débridement des longs trajets fistuleux, l'incision hâtive des abcès; en outre, on insistera sur le traitement général bien connu. Par contre, la **castration** est indiquée dans tous les cas où il s'agit d'une tuberculose primitive du testicule et de l'épididyme; comme alors le foyer local peut être le point de départ d'une tuberculose généralisée, l'opération remplit dans ces cas une indication vitale.

On n'aura que très rarement l'occasion de pratiquer la **castration double**; et même, d'après les résultats de recherches récentes, l'opération nous semble contre-indiquée, dans la tuberculose bilatérale, le second testicule ou épididyme devenant malade par propagation le long des canaux déférents, etc., de sorte que la castration devient incapable de remplir la condition capitale, à savoir de permettre l'ablation de toute la partie affectée.

3. On observe fréquemment des **kystes du testicule et de l'épididyme**. Rarement il s'agit de **kystes dermoïdes** simples ou multiples, congénitaux, contenant des poils et une bouillie formée de cellules épithéliales pavimenteuses (KOCHER n'en a pu rassembler que 14 cas). Plus rarement encore, on y a rencontré une masse ressemblant à de la substance cérébrale, des fibres musculaires lisses et des portions de squellette. Ces kystes s'accroissent très lentement et s'ouvrent parfois spontanément pour donner issue à leur contenu caractéristique, ou bien ils se combinent avec des néoplasmes malins. Leur **traitement** consiste dans l'incision suivie de la guérison par suppuration après évacuation du contenu. L'extirpation a donné de mauvais résultats, et si elle est jugée nécessaire, on devra lui substituer la castration.

Les kystes formés plus tard (**kystomes de l'épididyme, spermato-cèle**) sont fréquents. Ils naissent probablement par dilatation de certaines parties des conduits excréteurs et formation d'une poche qui s'isole du reste de l'organe. Ils siègent: 1° au point d'entrée des canalicules séminifères dans le *rete testis* que l'on peut considérer déjà comme appartenant à l'épididyme (**kystome du testicule**); 2° à la limite entre le *rete testis* et les canaux efférents (**spermato-cèle proprement dite**); 3° au niveau de la tête de l'épididyme, sous la forme de petits **kystes sous-séreux** développés surtout chez les individus âgés. La majorité des grands kystes, qui seuls ont un intérêt clinique, doivent être considérés comme des kystes par rétention, dans le sens que leur donne VIRCHOW.

En ce qui concerne le **diagnostic**, nous ferons remarquer que les spermato-cèles développées chez l'adulte s'accroissent très lentement,