

liquide et on fait pénétrer dans la cavité une substance irritante que par la malaxation l'on met en contact avec la plus grande surface possible de la séreuse ; on se sert soit d'injections liquides : vin rouge, alcool, teinture d'iode, soit de nitrate d'argent déposé sur un stylet qui a trempé quelque temps dans une solution de ce sel, le stylet est alors introduit par l'ouverture du trocart et promené aussi loin que possible sur la séreuse.

Tous ces procédés ont donné de très nombreux succès, mais quelquefois il a fallu répéter l'opération une ou deux fois, l'hydrocèle ayant reparu parce que les adhérences ne s'étaient pas produites ou insuffisamment produites. Quelquefois, on a vu survenir la suppuration de la peau ; on reproche aux ponctions de pouvoir entraîner la piqûre du testicule, l'accident n'est pas grave par lui-même, mais il le deviendrait si l'on mettait un liquide irritant en contact avec le testicule blessé, la glande s'enflammerait et tout au moins ses fonctions seraient perdues.

Avant de se servir des injections de liquides irritants et déjà dans l'antiquité (Celse), on pratiquait l'incision de la tumeur ; une fois le liquide évacué, l'irritation due au contact de l'air suffisait pour provoquer les adhérences, mais souvent cette irritation dépassait le but, la suppuration s'emparait de la poche et des accidents graves et mortels pouvaient s'en suivre. Depuis quelques années on revient à cette méthode, qui grâce aux procédés antiseptiques donne les meilleurs résultats, alors surtout que l'hydrocèle est ancienne et que ses parois sont épaissies et indurées. On peut même, lorsque la vaginale a été très distendue et que ses feuillets ne reviennent pas facilement au contact ou quand ils sont épaissis, en exciser une portion plus ou moins grande. Cette méthode met à l'abri de toute blessure du testicule, elle permet en outre, la glande étant mise à nue, de s'assurer de son intégrité et de celle de l'épididyme. La guérison se fait facilement en quelques jours, sans accidents sérieux et sans récurrence.

Hydrocèle congénitale. — Quand la communication entre les cavités péritonéale et vaginale persiste après la naissance, et qu'une hydrocèle se développe, il est évident que le liquide contenu dans la vaginale pourra refluer vers le péritoine, la tumeur est alors réductible, mais toujours, dans la station verticale, il gagne le scrotum où la transparence, la transmission d'un choc à la main exploratrice, que ce choc soit imprimé par les doigts du côté opposé ou qu'il soit dû à un effort, à la toux, etc., permettront d'en reconnaître la nature. Il est dès lors évident qu'à la suite du repos de la nuit la tumeur sera moins grosse le matin que le soir.

C'est d'ordinaire chez les enfants en bas âge que l'on rencontre cette forme d'hydrocèle qui cependant a pu être observée chez l'adulte.

En pareil cas, la ponction et surtout l'injection de liquides irritants

offriront des dangers, à moins que par une compression sur le trajet du canal péritonéo-vaginal on n'empêche la communication avec la cavité abdominale. D'ordinaire, chez les enfants en bas âge, il suffit, pour obtenir la guérison, d'un bandage sur le trajet inguinal, bandage qui, par la compression qu'il exerce, détermine l'irritation des lames séreuses et leur adhérence, et cela d'autant plus facilement que l'oblitération du canal péritonéo-vaginal est souvent spontanée après la naissance.

§ 2. — Hématocèle.

A la suite d'une rupture des veines ou veinules qui se trouvent au-dessous de la vaginale, que cette rupture soit spontanée et due à une altération de leurs parois ou qu'elle soit déterminée par une contusion, une violence extérieure, le sang peut envahir la tunique vaginale et en distendre la cavité. Cette irruption du sang ne saurait se produire sans que simultanément ou consécutivement l'endothélium de la séreuse ne soit détruit sur une plus ou moins grande étendue, il se fera donc en même temps une transsudation plasmatique qui se mélangera en plus ou moins grande quantité au liquide sanguin. Celui-ci prendra bientôt, en raison de ce mélange et des phénomènes d'absorption consécutifs, une coloration variable, tantôt il sera de couleur chocolat, tantôt lie-de-vin ; sa densité variera aussi, il sera sirupeux, de consistance de gelée de fruits ou encore granuleux et mélangé de nombreux caillots plus ou moins décolorés. Les feuillets de la vaginale sont doublés par une fausse membrane sur la nature de laquelle on a beaucoup discuté. Très épaisse, souvent très dure et parsemée de noyaux quasi cartilagineux ou calcifiés quand l'affection est ancienne, cette fausse membrane se détache, se décortique facilement d'avec le feuillet pariétal, tandis qu'elle est beaucoup plus adhérente sur le feuillet viscéral qui recouvre le testicule et l'épididyme.

La facilité avec laquelle on le détache du feuillet pariétal, la nature des couches que l'on y découvre prouvent qu'il ne s'agit là que de dépôts fibrineux anciens, décolorés et durcis et non d'une véritable membrane de nouvelle formation ; si celle qui recouvre le feuillet viscéral est plus adhérente, c'est parce que au-dessous de ces couches fibreuses le substratum connectif de la séreuse mise à nu par la chute de l'endothélium a proliféré et s'est épaissi.

De même que dans l'hydrocèle simple, la tumeur est ovoïde, à grande extrémité vers le bas ; d'ordinaire, elle n'est pas bosselée à moins que des brides fibreuses ne se soient produites dans la cavité, l'aient plus ou moins cloisonnée, et même fait ressembler à une hématocèle enkystée du cordon. Le testicule est d'habitude situé à la partie inférieure de la tumeur, mais comprimé par les caillots et par la prolifération connective qui les entoure, la glande séminale et l'épididyme sont souvent

atrophés, aplatis et impropres aux fonctions génitales surtout lorsque l'affection est ancienne.

Gênante par son poids, l'hématocèle ne provoquerait pas de douleurs, si par son volume même elle n'était pas très exposée à de nouvelles contusions qui toujours s'accompagnent d'un nouvel épanchement de sang dans la cavité de la vaginale, d'où production de nouvelles couches fibrineuses qui augmentent l'épaisseur de la coque d'enveloppe.

Ces traumatismes déterminent souvent des poussées inflammatoires, la peau du scrotum devient rouge, luisante, œdémateuse, la fièvre s'allume, la peau se rompt par sphacèle ou par ulcération, un liquide brun foncé mélangé à des caillots, liquide d'une odeur repoussante, s'écoule et en raison même de l'épaisseur des parois et de leur revêtement fibreux qui ne permet pas leuraccolement, des fistules s'établissent. D'autres fois encore, on peut voir la gangrène s'emparer de la poche, les couches fibrineuses détachées par la suppuration sont éliminées; des accidents de septicémie sont toujours à redouter en pareil cas.

Il n'est pas toujours facile de ne pas confondre une hématocèle ancienne avec des tumeurs solides du testicule, avec les tumeurs épithéliales surtout; en effet, quand l'épaisseur de la coque d'enveloppe est telle que la fluctuation du liquide devient difficile à percevoir, la confusion serait possible si l'on ne se rappelait que dans les cas de cancers les ganglions inguinaux sont toujours pris; en cas de doute absolu la ponction exploratrice lèvera toutes les hésitations.

Traitement. — Ainsi que nous l'avons déjà dit, l'épaisseur de la coque et la nature même des couches fibrineuses qui la doublent ne permettent pas l'accolement des feuillets de la vaginale et leur soudure, il faut donc renoncer, au moins dans les cas anciens, aux ponctions suivies d'injections irritantes. Il faut inciser la tumeur, décortiquer et réséquer les couches fibrineuses jusqu'au niveau du point où leur adhérence au feuillet viscéral empêche de les extirper. Dans tous les cas, que l'hématocèle soit ancienne ou récente, on enlèvera minutieusement tous les caillots qui pourront se trouver dans la cavité de la vaginale, on la lavera soigneusement, on en fera la toilette et on fermera en laissant un drain à la partie la plus déclive. On a cité des cas où la décortication, devenue impossible, avait dû être remplacée par la castration.

2° LÉSIONS DU TESTICULE, DE L'ÉPIDIDYME ET DU CORDON.

§ 1. — Lésions traumatiques.

Nous ne ferons que signaler les plaies du testicule par instruments piquants et tranchants. C'est dans la plupart des cas pendant le cours d'opérations chirurgicales que ces lésions se produisent. Elles guérissent

facilement d'ordinaire sans laisser de suites fâcheuses, néanmoins quand les piqûres ou les coupures sont faites avec des instruments contaminés, la suppuration et la fonte purulente du testicule peuvent en être la conséquence; d'autres fois encore, lorsque la plaie par instrument tranchant a atteint une grande profondeur de la glande, le tissu cicatriciel, par sa rétraction, peut étouffer les canalicules séminaux et produire l'atrophie du testicule.

La contusion du testicule nous arrêtera un peu plus longtemps. Les chutes à califourchon, les ressauts du cavalier sur sa selle, les coups de poing ou de genou lancés de bas en haut atteignent quelquefois un seul mais le plus souvent les deux testicules à la fois.

La glande génitale est douée d'une sensibilité toute spéciale lorsqu'elle est comprimée, cette douleur vive s'irradie vers les aines et les lombes, elle est telle dans certains cas que le blessé tombe à terre, sa face est anxieuse et pâle, une syncope complète peut même survenir. Cette douleur est sans doute en rapport avec le degré de compression et de contusion de l'organe, mais quand le traumatisme a été assez intense, assez brusque pour détruire instantanément l'organe et ses filets nerveux, la douleur ne se manifeste pas.

Quand la contusion est légère, les éléments nerveux contus déterminent la douleur caractéristique, mais les éléments anatomiques de la glande et ses vaisseaux ne sont pas altérés.

A un degré plus avancé, les petits vaisseaux situés dans les travées connectives qui séparent les tubes séminifères sont rompus et laissent écouler un peu de sang; la contusion est-elle plus intense encore, ces petits foyers piquetés deviennent plus grands, au milieu du sang on retrouve les débris et l'épithélium des tubes séminifères rompus et dilacérés. Jusque-là l'albuginée est restée intacte, mais quand la violence est telle que cette enveloppe fibreuse est elle-même éclatée, les tubes brisés, rompus s'échappent et forment une sorte de champignon à travers la solution de continuité; il se produit là, avec la dilacération des tubes en plus, ce que l'on constate toujours quand dans les salles d'anatomie on incise l'albuginée. Enfin dans les cas les plus graves, à la suite de coups de feu ou d'éclats de mine, le testicule en totalité est réduit en un magma. Tous ces accidents peuvent se produire simultanément sur l'épididyme.

Les vaisseaux testiculaires et épididymaires rompus laissent échapper du sang qui se répand et remplit la vaginale.

Lorsque la contusion a été légère, quand aucun vaisseau, aucune travée connective n'ont été rompus, une fois la douleur passée tout rentre dans l'ordre, et aucune complication ne survient. Quand au contraire des vaisseaux et des travées connectives ont été brisés, quand surtout les tubes séminifères eux-mêmes ont été rompus, une prolifération intense des éléments connectifs se produit, elle peut dans certains

cas aboutir à la formation de foyers purulents au niveau des points atteints, et d'autres fois elle constitue une hyperplasie des trabécules conjonctives qui séparent les tubes, et de la paroi propre des tubes eux-mêmes. Ces éléments de nouvelle formation étranglent et remplissent les tubuli dont la cavité disparaît. Aussi le testicule devient-il dur, douloureux et paraît-il augmenté de volume. Au bout de quelque temps ce tissu connectif embryonnaire passe, comme si souvent nous avons eu l'occasion de le dire, à la transformation fibreuse, il se rétracte, les tubes ou ce qui en restait est comprimé, étranglé et le testicule réduit à un noyau dur, allongé, est devenu impropre à la fécondation.

Quand le traumatisme n'a pas atteint la totalité du testicule, c'est au niveau du point contus que se produisent seulement les phénomènes de sclérose que nous venons de décrire, aussi en ce cas trouvera-t-on au niveau de ces points des indurations persistantes. Si au milieu de ces parties sclérosées, des fibres nerveuses sont conservées intactes, la compression que les tissus rétractés exercent sur elles pourra donner naissance à des douleurs névralgiques dont le point de départ sera au testicule.

Je n'insiste pas sur la fonte purulente de tout ou d'une partie du testicule, on comprend que cette suppuration s'accompagne toujours d'une réaction générale très intense. Les foyers purulents une fois vidés reviennent sur eux-mêmes, un tissu inodulaire les remplit et la rétraction en est la conséquence forcée.

C'est cette atrophie consécutive, toujours à redouter, qui rend graves les contusions du testicule.

Les *plaies contuses* du testicule sont le plus souvent dues à des coups de feu; la suppuration de la glande, l'atrophie consécutive en peuvent être la conséquence. Quelquefois l'ablation d'un testicule peut être complète. On a vu des cavaliers ou des palefreniers avoir les testicules broyés et même enlevés par des chevaux mordeurs.

Après de pareils accidents, surtout après la perte des deux testicules le blessé tombe souvent dans un état de mélancolie noire qui quelquefois se termine par le suicide.

Si des crises de névralgie douloureuse persistaient après la guérison on pourrait être forcé de faire l'ablation de cette glande atrophiée et devenue inutile.

Traitement. — Le repos le plus absolu en décubitus dorsal, les testicules relevés et maintenus immobiles, des applications astringentes, quelques antiphlogistiques s'il est nécessaire, c'est tout ce que nous pouvons faire. On ouvrira tous les foyers de suppuration dès qu'ils s'en présentera. Si la vaginale est distendue par du sang qui ne se résorbe pas, on attendra pour la vider que tous les accidents de la contusion, toute douleur à la palpation aient disparu.

§ 2. — Lésions nutritives. Orchites.

En dehors de l'orchite traumatique que nous venons d'étudier en parlant de la contusion du testicule, la glande séminale peut encore s'enflammer pour différentes causes.

Après des fièvres infectieuses, après la scarlatine, la variole, la fièvre typhoïde et surtout après les oreillons, le testicule peut s'enflammer. La maladie marche alors tantôt lentement, tantôt d'une manière aiguë, la résolution peut intervenir, comme aussi en d'autres cas plus graves la suppuration détruit la glande.

On admet aujourd'hui que le même accident peut survenir après des attaques de rhumatisme et de goutte.

Comment, dans tous ces cas, le testicule se prend-il? Et pourquoi cette complication est-elle si fréquente après les oreillons? Quelle est la corrélation qui existe entre la parotide et la glande séminale? La théorie ancienne de la métastase ne saurait plus avoir la moindre valeur; il faut qu'il y ait une connexion anatomique entre les deux organes, mais quelle est-elle? Voilà bien longtemps que je la cherche vainement, peut-être la trouvera-t-on quand nous connaîtrons exactement le siège des centres vaso-moteurs des organes et les relations qui existent entre eux.

Toutes les irritations du canal de l'urètre et de la prostate, si intimement en rapports avec l'appareil spermatique, peuvent s'étendre le long du canal déférent pour gagner l'épididyme et le testicule, aussi voit-on quelquefois des orchites survenir après le cathétérisme et les séances de lithotritie, ce sont les *orchites uréthrales*.

Les phénomènes consécutifs à ces différentes orchites sont les mêmes que ceux qui se produisent après l'orchite traumatique, la prolifération connective aboutit à la sclérose et ultérieurement à l'atrophie du testicule. C'est à ces phénomènes de rétraction consécutifs que l'on doit réserver le nom d'orchite chronique.

Epididymite blennorrhagique. — Puisque, ainsi que nous venons de le voir, toute irritation, mécanique ou autre, portée sur le canal de l'urètre peut se propager aux voies séminales et déterminer une orchite ou une épididymite, une urétrite, qu'elle soit blennorrhagique ou non, doit agir de la même façon, aussi abandonnerons-nous toute idée de métastase, et toute théorie quelconque qui ne sera pas basée sur l'anatomie. On a bien dit que jamais dans la blennorrhagie, le canal n'était enflammé au-delà du bulbe uréthral, mais l'autopsie (elle n'a du reste jamais été faite que sur des individus atteints de chaudepisse et morts d'accidents ou d'autres maladies) se pratique toujours trop longtemps après la mort pour que les phénomènes d'inflammation simple, non suraiguë, n'aient pas le temps de disparaître et bien souvent aussi

l'examen des parties est fait avec une hâte fâcheuse. En interrogeant soigneusement les malades, on constate que presque toujours l'épididymite survient après un traumatisme, une grande fatigue, un exercice d'équitation, un excès de boisson, un coït ou après la masturbation.

Dire que c'est la rétention du sperme qui peut donner naissance à l'épididymite me semble irrationnel, car dans ce cas c'est le testicule qui devrait être pris, et non pas seulement l'épididyme. Rattacher l'affection à ce je sais quoi de vague qui fait de la blennorrhagie une sorte de protée agissant, tantôt sur l'épididyme, tantôt sur les articulations, les bourses séreuses, les gaines tendineuses est une opinion qui ne se sépare de la métastase que par la crainte de prononcer le mot. Mieux vaudrait, comme Diday, rattacher toutes ces manifestations lointaines de la blennorrhagie au rhumatisme dont les malades seraient atteints ou auquel ils sont prédisposés.

Laissons là les discussions de théorie et examinons les quelques cas d'analyse anatomo-pathologique que nous possédons en faisant toujours nos réserves sur la manière dont ils ont pu être étudiés. Toujours ou presque toujours on a constaté dans les quelques autopsies que nous possédons un épaississement, une induration des parois du canal déférent, le calibre intérieur est diminué, l'épithélium détruit, la surface rouge, il en est de même de l'épididyme. Toujours aussi le tissu connectif qui entoure le cordon et celui qui se trouve interposé entre les replis flexueux de l'épididyme et qui les relie les uns aux autres est hypertrophié par prolifération des éléments connectifs. S'il en est ainsi à la période aiguë, ces tissus hyperplasiés doivent passer plus tard à la transformation fibreuse, se scléroser et comprimer le canal épидидymaire qu'ils finissent par étrangler, les produits élaborés par le testicule, les spermatozoïdes, ne peuvent plus passer par ce conduit obstrué et ne se retrouvent plus dans le sperme; il va sans dire que dans le cas où une seule épидидyme est prise, le sperme formé par la glande séminale du côté opposé restée saine suffira pour la fécondation. On a cependant pu constater, dans des cas d'épididymite double, qu'au bout d'un temps plus ou moins long les spermatozoïdes reparaissent dans le sperme, preuve que les conduits obstrués d'abord avaient repris une certaine perméabilité.

Il est impossible que l'inflammation de l'épididyme ne réagisse pas sur la vaginale qui l'entoure et ne soit pas la cause déterminante d'un épaississement de cette portion de la membrane, de la chute de son endothélium et d'une transsudation séreuse, d'une hydrocèle d'ordinaire peu abondante, l'inflammation de la séreuse étant limitée. Dans quelques cas cependant l'épanchement est assez abondant pour cacher le testicule et l'épididyme.

L'inflammation débute toujours par le canal déférent dont l'épaississement et la dureté apparaissent sous le doigt; elle gagne de proche en

proche jusqu'à l'épididyme qui se développe et acquiert un volume au moins égal à la masse du testicule. Dans la plupart des cas la glande séminale n'est pas prise et se retrouve intacte, de volume normal, à la partie inférieure de l'intumescence épидидymaire. Le gonflement du canal déférent peut se transmettre à tous les éléments du cordon qui forment alors une masse unique, épaisse comme le petit doigt, au milieu de laquelle il est impossible de reconnaître le canal déférent. Les fibres nerveuses comprimées par l'induration donnent naissance à des douleurs vives continues ou survenant par crises que la pression, le simple contact du doigt exaspèrent. Chez les individus forts et peu impressionnables, la douleur est beaucoup moins vive, la réaction fébrile peut ne pas exister ou être modérée, chez d'autres elle est au contraire assez violente. Le malade reste couché parce que le poids de la tumeur tire le cordon enflammé et provoque des douleurs violentes que le repos et l'élévation des bourses rendent plus tolérables. La douleur remonte toujours dans le canal inguinal, s'irradie le long des filets du plexus lombaire et se manifeste jusque dans la région rénale. La peau du scrotum est quelquefois rouge, luisante, tendue et œdémateuse.

Les vésicules séminales et le péritoine qui les recouvre participent quelquefois à l'inflammation. Le testicule lui aussi peut s'enflammer par extension de l'épididymite, une orchite et toutes ses conséquences, atrophie, suppuration, étranglement par l'albuginée inextensible peuvent en être la conséquence.

Mais dans la grande majorité des cas, au bout de quelques jours, la période aiguë de l'épididymite est passée, la douleur se calme, le gonflement diminue et la résolution s'opère, toujours cependant en raison de la sclérose que nous avons expliquée, il reste dans l'épididyme un noyau dur qui, dans les premiers temps, conserve quelque sensibilité à la pression. Si à ce moment le malade fait quelque excès, de coït surtout, si un traumatisme intervient, une rechute est à craindre, d'intensité moindre cependant que l'affection primitive.

Traitement. — Le repos au lit dans le décubitus dorsal, les bourses relevées et soutenues par un coussin ou une planchette sont la première et la meilleure médication à employer. Des embrocations opiacées et belladonnées calment les douleurs, quelques sangsues le long du cordon si l'inflammation est très vive. On a beaucoup employé et l'on emploie beaucoup encore les cataplasmes et les onguents mercuriels simples ou belladonnés; mais tous ces moyens ne sont au fond que de minime valeur; s'il existe un épanchement dans la vaginale on le videra par ponction.

Le chirurgien surveillera avec soin le testicule et combattra activement son inflammation si elle venait à se produire; c'est le froid, les vessies de glace qui ont donné en pareil cas les meilleurs résultats.

§ 3. — Lésions formatives.

A. — Tuberculose.

Les éléments tuberculeux peuvent se développer primordialement dans l'épididyme ou dans le testicule, et secondairement, par extension à l'un ou à l'autre de ces organes. Ils peuvent également s'infiltrer de proche en proche dans la vaginale.

Nous ne referons pas ici l'histoire anatomo-pathologique de la tuberculose viscérale et nous nous bornerons à signaler les particularités que présente son évolution dans le testicule.

C'est, dans la majorité des cas, l'épididyme qui est pris d'abord, le testicule n'est envahi que consécutivement. De même que tous les viscères et toutes les glandes, les organes séminaux peuvent être envahis par le tubercule sans que pour cela le poumon ne soit simultanément malade, mais les causes générales débilitantes continuant à agir, l'infection peut s'étendre ultérieurement à toute l'économie. Comme encore les conditions du terrain évolutif venant à s'améliorer, l'affection peut rester locale.

Un des points les plus intéressants de l'anatomie pathologique de la tuberculose génitale, c'est la localisation des granulations sur la paroi des canalicules spermatiques, des conduits du corps d'Highmore, des cônes afférents, de l'épididyme, du canal déférent, etc. Ces granulations microbiennes, au lieu d'être disposées en couche continue le long des canaux séminaux, se rassemblent par places, laissant entre elles des espaces sains, d'où une apparence moniliforme des conduits, disposition en grains de chapelet. L'action de ces amas microbiens se porte non pas sur les trabécules ou les lames connectives périphériques, mais bien sur les couches propres des canaux, aussi est-ce surtout dans la lame sous-épithéliale que sont accumulés les éléments tuberculeux, ils envahissent de dedans en dehors les parois des canaux et canalicules, les dilatent et en même temps produisent une hyperplasie de l'épithélium qui à son tour prolifère, passe à la transformation granulo-graisseuse, remplit la cavité du tube et dilate celui-ci par voie excentrique.

Mais pourquoi cette dilatation limitée à certains points, pourquoi cet aspect moniliforme, pourquoi le canal épидидymaire n'est-il pas envahi dans toute sa longueur et ne l'est-il que par ampoules successives? C'est ce qu'il est difficile d'expliquer, et cependant c'est cet aspect, cette sensation perçue par la palpation qui est une des caractéristiques de la tuberculose génitale.

Les foyers arrondis peuvent rester plus ou moins isolés, on peut en trouver un ou plusieurs qui, s'accroissant excentriquement, tassent les tissus connectifs ambiants, s'en coiffent pour ainsi dire et sont dits

alors enkystés. La transformation granulo-graisseuse des tissus infiltrés par les éléments bacillaires donne au contenu de ces foyers l'apparence caséuse de toutes les masses tuberculeuses enkystées, masses plus ou moins ramollies au centre, plus dures, plus compactes à la périphérie. Le ramollissement du foyer peut devenir plus grand et entraîner une fonte tuberculeuse qui tendra nécessairement à s'évacuer au dehors. La vaginale qui recouvre le foyer est, ou peut être, par extension envahie elle-même par les bacilles infectieux; une adhérence se produit entre l'épididyme ou le testicule et la séreuse et bientôt une fistule se forme à travers la peau du scrotum; entre la partie où siège le foyer et l'ouverture extérieure de la fistule, un vrai canal est constitué et ce canal est d'autant plus induré que le foyer tuberculeux met un temps plus long à se vider. A la surface du scrotum, l'ouverture de la fistule est toujours rétractée et attirée en dedans par la formation inodulaire des parois du canal fistulaire. Si plusieurs foyers tuberculeux s'ouvrent en même temps ou consécutivement, il existera un nombre analogue de fistules scrotales.

La maladie peut, déjà nous l'avons dit, rester locale et ne pas se généraliser; les adhérences produites, la fistule peut guérir en un temps plus ou moins long, et une fois le foyer tuberculeux vidé, le testicule ou ses parties voisines peuvent sécréter normalement et le malade n'est alors plus porteur que d'une cicatrice adhérente au scrotum.

D'autres fois la masse tuberculeuse peut passer à la transformation crétaçée et une masse indurée, pierreuse, bosselée peut persister sur l'épididyme ou dans le testicule.

Dans un certain nombre de cas la tuberculose génitale peut paraître le point de départ d'une affection générale, mais toujours alors la maladie épидидymaire ou testiculaire n'est qu'une manifestation de l'existence des éléments bacillaires répandus dans toute l'économie. Aussi la tuberculose frappe-t-elle quelquefois les deux testicules ou les deux épидидymes.

Presque toujours les malades n'accusent au début aucune douleur aiguë, tout au plus de la gêne, une exagération de volume et une induration de l'épididyme qui devient plus ou moins douloureuse à la pression. Toujours ils attribuent leur mal à un traumatisme, à une contusion, en cela très souvent ils n'ont pas tort, parce que porteurs de bacilles scrofulo-tuberculeux susceptibles de se développer sur un terrain favorable, une contusion, un choc, une plaie deviennent, nous le savons, le point de départ de la localisation. Dans les premiers temps les parois du scrotum restent mobiles sur la tumeur et n'ont aucune adhérence avec elle, toujours il existe une quantité plus ou moins grande de liquide dans la vaginale, cette quantité peut, dans les cas où la tuberculose affecte une marche aiguë, devenir une véritable hydrocèle; en effet, au niveau du point où le foyer tuberculeux fait