

DOUBLE FONGUS SYPHILITIQUE

DES TESTICULES

(OBSERVATION — RÉFLEXIONS)

PAR

M. MARC SÉE

Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien de la maison municipale de santé.

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1879



DOUBLE FONGUS SYPHILITIQUE

DES TESTICULES

(OBSERVATION — RÉFLEXIONS)

PAR

M. MARC SÉE

Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien de la maison municipale de santé.

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1879

Biblioteka Główna WUM

Br.1575



000029254



www.dlibra.wum.edu.pl

EXTRAIT DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE »

**Biblioteka Główna
WUM**

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

DOUBLE FONGUS SYPHILITIQUE

DES TESTICULES

I. — OBS. M. C..., officier retraité, entra le 15 avril 1878 dans mon service de la Maison municipale de santé, dans l'idée de se faire enlever deux tumeurs des bourses qu'il portait depuis plusieurs mois. C'est un homme d'une taille assez élevée, d'une bonne constitution, un peu amaigri, d'un teint mat.

Dans son enfance, d'après son dire, il aurait eu le carreau. Pendant la campagne du Mexique, il fut atteint de la fièvre jaune, qui le laissa profondément anémié.

En 1845, chancre induré, traité par le mercure à l'intérieur.

En 1848, blennorrhagie, suivie d'orchite.

En 1850, bubon suppuré, qui fut ouvert au moyen de la pâte de Vienne.

Le malade a pris de l'iodure de potassium à plusieurs reprises.

En 1867, douleurs névralgiques dans diverses régions et taches sur les membres inférieurs.

En 1870, tuméfaction des bourses, qui disparut au bout d'un certain temps.

En janvier 1875, à la suite d'un coup (ou d'un accident de cheval, le malade ne sait au juste), C... s'aperçut que son testicule gauche grossissait de plus en plus. Les bourses prirent en peu de temps le volume des deux poings; on reconnut l'existence d'une hydrocèle à gauche.

Vers le milieu de la même année, le testicule droit fut pris de la même façon. Il y eut alors une hydrocèle double.

Deux ponctions furent pratiquées à droite et à gauche, le 4 et le 6 novembre 1875. Elles fournirent chacune un verre environ de

liquide jaunâtre. Le malade ne peut me dire dans quel état furent trouvés les testicules après cette évacuation.

Trois ou quatre mois après les ponctions, les piqûres faites par le trocart se rouvrirent et donnèrent issue à de la sérosité mêlée de pus. Restées fistuleuses, elles ne tardèrent pas à livrer passage à des masses charnues volumineuses. Un médecin consulté ne jugea pas à propos d'intervenir activement.

En septembre 1877, un chirurgien appelé en consultation diagnostiqua des tubercules des testicules et prescrivit de l'huile de foie de morue et de l'iode de potassium à l'intérieur, des onctions avec une pommade iodurée sur le scrotum.

En mars 1878, les masses charnues herniées avaient augmenté beaucoup de volume, celles du côté gauche surtout. Comme elles étaient à peu près indolentes, le malade imagina d'étreindre la base de cette dernière avec une ficelle. Mais la constriction qu'il opéra fut insuffisante pour produire la chute de la tumeur.

Etat du malade à son entrée à la Maison de santé (15 mars). — Aucun signe de tuberculose dans les poumons, non plus que dans le cordon, la prostate, les vésicules séminales. Santé générale satisfaisante.

Deux tumeurs fongueuses émergent de la partie antérieure du scrotum, de chaque côté de la verge; celle de gauche, du volume d'une grosse noix, mesure 4 centimètres en diamètre et 3 centimètres en hauteur: sa surface, régulièrement arrondie, est granuleuse, avec des parties grisâtres, et fournit une petite quantité de pus. La ligature enlevée, on reconnaît que la peau du scrotum, percée d'une large ouverture qui laisse passer la tumeur, se termine autour du pédicule de cette dernière par un bord aminci et décollé. Le fungus, assez ferme au toucher, indolent à la pression, repose par une base un peu rétrécie sur une masse de consistance analogue et d'un volume un peu moindre, contenue dans le scrotum et représentant le testicule et l'épididyme confondus. A droite, la tumeur, à part ses dimensions un peu inférieures, présente exactement les mêmes caractères; son diamètre est de 23 millimètres, sa hauteur de 2 centimètres; la base sur laquelle elle repose est un peu moins dure qu'à gauche. Les cordons testiculaires sont sains. Aucune tuméfaction dans les aines ni dans les fosses iliaques.

Toute la partie antérieure du scrotum est rouge, tuméfiée, infiltrée de lymphé plastique.

On ne découvre aucune autre lésion syphilitique sur le reste du corps.

Traitement : Cataplasmes de farine de graine de lin sur le scrotum; frictions sur la face interne des cuisses avec 4 grammes d'onguent napolitain par jour. A l'intérieur, 3 grammes d'iode de potassium.

Le 23 avril, amélioration notable; la peau des bourses est moins rouge et tend à reprendre sa souplesse. La suppuration est presque nulle. Le sillon qui marque le pédicule des tumeurs est moins profond, l'induration de la base moins accentuée.

Le 30, les fongus ont manifestement diminué de volume, celui du côté gauche a perdu 1 centimètre en diamètre et un demi-centimètre en hauteur. A droite, la diminution, bien qu'appréciable, est relativement moindre qu'à gauche.

Le 4 mai, l'état général est très-satisfaisant. Le malade, dont le moral s'est relevé, a bon appétit; il se lève et se promène sans la moindre gêne. Les cataplasmes sont remplacés par de la charpie trempée dans une solution de chloral (1 pour 100).

Le 7, le scrotum a repris son aspect normal. Le retrait des fongus s'accroît de plus en plus; l'induration des testicules est bien moindre.

Le 14, les tumeurs sont réduites aux dimensions d'une cerise; l'induration des testicules a disparu; la surface ulcérée est d'un beau rouge, la suppuration presque nulle. Le malade quitte la Maison de santé pour continuer le même traitement chez lui.

Le 1^{er} juin, il s'est présenté de nouveau chez M. Sée : les deux tumeurs avaient complètement disparu, et il ne restait plus à leur place que deux ulcérations déprimées, de l'étendue d'une pièce de 20 centimes, autour desquelles le scrotum est froncé légèrement.

M. Sée a revu plusieurs fois encore ce malade, et il a pu constater que la guérison s'est complétée régulièrement et ne laisse plus rien à désirer. Aux points qu'avaient occupés les deux fongus, on observe deux cicatrices rétractées et froncées, adhérentes aux testicules. Ceux-ci sont revenus à des dimensions un peu inférieures à celles d'un testicule sain; l'épididyme est peu distinct à leur partie postérieure, et ne se reconnaît qu'au cordon qui s'en détache. Le tout est peu sensible à la pression.

II. *Réflexions.* — Plusieurs points, dans cette observation, me paraissent mériter d'être mis en relief.

Je ferai remarquer d'abord que les observations de fongus double des testicules sont extrêmement rares dans la science. Curling (*Maladies du testicule*, trad. Gosselin, 1857, p. 330) s'exprime ainsi : « Bien que l'orchite chronique affecte assez souvent les deux testicules, on a rarement observé le fongus bénin des deux côtés en même temps. *Je n'ai, pour ma part, rencontré qu'un seul exemple de ce genre.* » Il est regrettable que Curling se soit contenté de cette simple mention et qu'il ait négligé de nous donner cette observation, puisqu'elle eut été sans doute la première qu'on ait publiée, et depuis lors je ne sache pas qu'on en ait citée une autre.

Plus souvent les deux testicules ont été affectés de fongus *successivement*. « Le fongus bénin du testicule, dit Jarjavay dans son *Mémoire sur le fongus du testicule* (*Arch. génér. de médecine*, 1849, t. XX, p. 138), paraît avoir toujours été unique; les deux glandes peuvent cependant devenir suc-

» *cessivement* le siège de cette végétation. Lawrence rapporte
» qu'un certain William Matheus, d'abord atteint de douleurs
» très-vives dans le testicule droit, qui présentait d'ailleurs
» une dureté considérable, vit, quatre mois après le début de
» sa maladie, le scrotum s'entr'ouvrir et donner passage à une
» tumeur fongueuse. Celle-ci ayant été graduellement coupée
» par le malade lui-même, la cicatrisation se fit sans acci-
» dents. Un mois après, le testicule gauche devint le siège
» des mêmes phénomènes; un fungus s'y développa, qui fut
» détruit par le chirurgien de Londres à l'aide du caustique. »

« La septième observation du même auteur est relative à un homme de cinquante ans, dont les bourses avaient été violemment contuses sur le pommeau d'une selle. Immédiatement après l'accident, les deux testicules se tuméfièrent, un fungus s'éleva d'abord sur le gauche. La guérison de celui-ci fut suivie de l'apparition d'un fungus sur le testicule droit (*Ibid.*, p. 139). »

Chez notre malade, il s'agit évidemment de fungus développés sur des testicules syphilitiques. Trente ans, il est vrai, se sont écoulés entre l'infection primitive (chancre induré) et le développement du sarcocèle. Mais nous constatons que, cinq ans avant l'apparition de ce dernier, le testicule s'était tuméfié une première fois, puis paraît avoir repris ses dimensions primitives. Ces alternatives ont été notées par plusieurs auteurs comme un des caractères du testicule syphilitique. Le traumatisme, assez vague, du reste, que le malade assigne pour cause à son mal ne doit pas nous arrêter longtemps. S'il peut avoir été pour quelque chose dans le développement du sarcocèle du côté gauche, on ne saurait certainement l'invoquer pour se rendre compte de l'affection du testicule droit, développée six mois plus tard. D'ailleurs, la guérison rapide obtenue par le seul traitement interne ne peut laisser aucun doute à cet égard.

L'histoire du testicule syphilitique, et particulièrement son anatomie pathologique, a fait d'importants progrès dans ces dernières années. Nous savons aujourd'hui que cette affection se présente sous deux formes, distinctes en apparence, mais qui, en réalité, ne sont que deux degrés d'un même processus morbide, et qui, d'ailleurs, coexistent fréquemment dans le même testicule. Dans l'une de ces formes, l'albuginée, les cloisons qui s'en détachent, ainsi que le tissu conjonctif qui sépare les lobules, subissent une sorte d'hyperplasie, suivie ensuite d'une rétraction déterminant la compression et l'atrophie progressive de la substance glandulaire du testicule, qui finit par se

réduire à un petit noyau fibreux : c'est la *forme cirrhotique* (*albuginite syphilitique*, Ricord). Dans l'autre, il se dépose dans toutes les portions conjonctives de l'organe des masses jaunâtres, plus ou moins volumineuses, ayant tous les caractères des gommés : c'est la *forme gommeuse*. Toutes deux résultent de la multiplication plus ou moins rapide des éléments cellulaires du tissu conjonctif. Mais, dans la première, ces éléments, moins nombreux, se transforment en faisceaux de fibres conjonctives embryonnaires, tandis que dans la seconde, ces éléments se multiplient avec une rapidité extrême, forment des amas serrés de noyaux ou petites cellules qui ne tardent pas à subir la dégénérescence granulo-graisseuse.

Les gommés peuvent se produire, soit à la surface ou dans l'épaisseur de l'albuginée (*gommés superficielles*), soit dans le corps du testicule (*gommés profondes*). Dans ce dernier cas, la substance glandulaire est détruite partiellement ou en totalité, et l'albuginée elle-même disparaît dans une étendue plus ou moins considérable.

Une pièce déposée dans le musée de Heidelberg, et dont nous empruntons la description à Kocher (in *Handb. der Chirurgie*, de Pitha et Billroth, t. III, 2^e div., 7^e livr., p. 295), donne une idée très-nette du testicule syphilitique gommeux. « Tumeur du volume d'un œuf d'oie, ayant la forme habituelle du testicule, celle d'un ovoïde aplati. Surface couverte de bosselures du volume d'une noisette, dures ou molles. Le testicule et l'épididyme sont pris; mais le premier forme la masse principale de la tumeur. Vaginale adhérente, ainsi qu'une portion de la peau. Celle-ci présente en bas une ouverture fistuleuse rétractée. Sur la coupe, *larges tractus conjonctifs homogènes* (blancs à l'état frais), *traversant les portions supérieure et moyenne*, se continuant avec une couche conjonctive périphérique de structure analogue et confondue avec l'albuginée. Entre les tractus conjonctifs, tissu parenchymateux normal, en quantité notable. *Dans ce tissu et dans l'épaisseur des tractus* sont déposées des masses jaunes, denses, homogènes à la coupe, sans membrane d'enveloppe (*gommés ou syphilomes*). En deux points, la peau est perforée dans une étendue de 3 à 4 centimètres de diamètre, et par cette ouverture sort un *fongus* ferme et plat : c'est un *dépôt d'un demi centimètre d'épaisseur et plus, formé sur l'albuginée* et intimement confondu avec elle; *il a la même structure que les gommés.* »

Cette pièce réunit donc toutes les altérations que peut présenter le testicule syphilitique, puisqu'on y voit à la fois l'hy-

perplasie des éléments conjonctifs, qui constitue la cirrhose quand elle existe seule, une gomme superficielle et des gomes profondes.

Quand les gomes profondes prennent un grand développement, elles font parfois disparaître *complètement* la substance tubuleuse du testicule, et aussi la tunique albuginée. C'est ce que nous voyons dans l'observation de M. Lancereaux (*Traité de la syphilis*, 1866, p. 274). « Le feuillet viscéral, » y est-il dit, « la tunique fibreuse ou albuginée et la substance testiculaire sont confondus entre eux et forment une masse jaune élastique, peu friable et d'une consistance uniforme. Cette masse, qui a le volume d'un gros œuf de poule et présente quelques bosselures à sa face antérieure, est uniquement formée par un produit nouveau ; on n'y trouve plus de canalicules spermaticques. Toutefois, au voisinage de l'épididyme, la tunique albuginée se distingue encore de la substance sous-jacente. »

Les gomes du testicule peuvent-elles se ramollir, ou, comme on disait autrefois, peuvent-elles suppurer et s'ouvrir consécutivement à l'extérieur ? Pendant longtemps la chose a été niée. « Les gomes du testicule, dit Ricord, ne s'ulcèrent pas... On peut affirmer que toutes les fois que la syphilis agit sur le testicule, il ne survient jamais de suppuration. » Virchow professe la même opinion : « Il n'est pas certain, dit-il (*Die krankhaften Geschwülste*, t, II, p. 436, 1863), que la tumeur gommeuse du testicule puisse, comme telle, s'ulcérer et s'ouvrir. Cependant il survient parfois des ulcérations dans le cours des sarcocèles et, dans certains cas, le fongus bénin du testicule a été considéré comme un état consécutif du sarcocèle. » C'est aussi dans ce sens que s'expriment Cornil et Ranvier. « On n'a pas d'observation positive de suppuration et d'ouverture à l'extérieur de gomes du testicule : ce qui établit une différence essentielle entre ces productions et les tubercules » (*Man. d'histologie pathologique*, p. 1110). Dans le court chapitre qu'il consacre à l'orchite syphilitique, Curling (*loc. cit.*, p. 362) est moins absolu. « La tuméfaction du testicule... débute par le corps de la glande, n'affecte presque jamais l'épididyme, et se termine rarement par suppuration ou par la production d'un fongus. » En traitant de l'orchite chronique, il dit (*loc. cit.*, p. 329) : « Au bout de quelques semaines ou de quelques mois, la peau du scrotum s'amincit, ordinairement en avant, et se soulève en même temps qu'elle rougit et s'enflamme. Elle s'ulcère, etc... » Or, on ne peut s'empêcher de reconnaître, avec MM. Gosselin et

Rollet, que l'orchite chronique décrite par Curling n'est autre chose, dans la majorité des cas, au moins, que l'orchite syphilitique. La suppuration du testicule atteint d'inflammation chronique (traduisez orchite syphilitique) (1), admise déjà par A. Cooper (Voy. *Œuvres chirurg. compl.*, traduit par Chassaing et Richelot, p. 436), qui en rapporte plusieurs exemples, ne peut plus être révoquée en doute après les nombreuses observations qui ont été publiées depuis lors (2) : elle est d'ailleurs trop bien en rapport avec l'évolution générale des gommés, quel que soit leur siège, pour avoir lieu de nous surprendre.

Quand le ramollissement d'une gomme du testicule a donné lieu à l'inflammation et à l'ulcération du scrotum, la surface suppurante du testicule qui se montre au dehors peut devenir plus ou moins saillante et prendre l'aspect d'un fungus. Si la gomme était appliquée sur l'albuginée, celle-ci étant demeurée intacte, le fungus est dit superficiel ; rarement il prendra un développement considérable. Tel était le fungus dont nous avons reproduit plus haut la description, d'après Kocher. Mais le plus souvent la surface bourgeonnante ne dépassera guère le niveau du scrotum, comme dans les observations rapportées par M. Reynier (*Arch. génér. de médecine*, avril 1879, p. 396).

(1) Toute l'histoire de l'inflammation chronique simple du testicule tracée par A. Cooper se rapporte, on ne peut mieux, au testicule syphilitique. Je me contenterai de reproduire ce qui, dans son mémoire, est relatif à l'anatomie pathologique : « Lorsque le testicule a été enlevé dans la période qui précède la suppuration, il est, ainsi que l'épididyme, d'un blanc jaunâtre et d'une dureté considérable. Si l'on fait une section sur un testicule atteint d'engorgement chronique, et si on l'agite dans l'eau, on voit s'échapper un fluide blanc jaunâtre... Cependant le volume du testicule reste le même à cause de la fibrine jaune ou lymphé coagulable dont le tissu cellulaire de cet organe est infiltré. » Après avoir parlé des abcès du testicule et des trajets fistuleux que peut laisser leur ouverture au dehors, A. Cooper ajoute : « Dans les cas où il existe une tumeur granuleuse (c'est évidemment un fungus), on observe que les granulations prennent leur origine dans la substance séminifère. Elles sont projetées à travers l'enveloppe ulcérée du testicule ou de l'épididyme, mais plus fréquemment à travers l'enveloppe du premier ; c'est cette hernie des bourgeons charnus qui produit la tumeur qu'on observe si souvent à la suite de l'abcès chronique du testicule. »

(2) Chez un malade dont l'histoire a été racontée par M. Terrillon (*Progrès médical*, 1878), une gomme du testicule était sur le point de s'ouvrir spontanément lorsque le chirurgien l'incisa. Chez les malades de M. Duplay et de M. Gosselin dont les observations sont rapportées par M. Reynier (*Arch. générales de médecine*, avril 1879, p. 400), les gommés suppuraient et s'ouvrirent au dehors, mais sans donner naissance à un fungus, bien qu'aucun traitement n'intervint. Il en a été de même dans les faits de Huber (*Deutsches Arch. f. klinische Med.*) et de West (*Dubl. quarterly Journ. of med. sciences*, novembre 1859), reproduits également par M. Reynier. Il est vrai que Huber, pour ne pas contredire la doctrine de Virchow, explique l'ulcération qui s'est produite chez son malade par le frottement des vêtements.

Si, au contraire, la gomme était située dans le parenchyme du testicule, son apparition au dehors ne sera possible qu'après la destruction d'une portion notable de l'albuginée du testicule. Dans ces cas, il *peut* se produire ce qu'on a appelé un *fungus parenchymateux*, par un mécanisme dont nous trouvons la première idée dans les œuvres d'A. Cooper, sur lequel Jarjavay a surtout appelé l'attention, et que Curling expose dans les lignes suivantes : « L'obstacle apporté par la résistance de la tunique albuginée n'existant plus, le produit accidentel pousse peu à peu au dehors la substance tubuleuse, qui forme alors une tumeur saillante, constituée par un mélange de tubes séminifères, de matière jaune et de bourgeons charnus. La hernie de la substance tubuleuse est parfois tellement considérable qu'il en reste à peine dans l'intérieur de la tunique albuginée (Curling, *loc. cit.*, p. 321). »

La figure 23 de Curling, représentant la coupe d'un fungus bénin déposé au Collège de l'hôpital de Londres, ne laisse subsister aucun doute sur l'existence de l'espèce parenchymateuse de ces fungus. La tumeur mesure 4 centimètres en diamètre et 2 centimètres en hauteur; elle renferme « *presque toute la substance tubuleuse du testicule* ».

La pièce présentée à la Société de chirurgie par Guersant, qui l'avait enlevée sur un enfant man festement *syphilitique*, auquel M. Gosselin avait d'abord donné des soins, n'est pas moins démonstrative. « Voici, dit Jarjavay dans la discussion qui suivit cette présentation, une pièce qui ne laisse à personne aucun doute sur la nature de cette lésion. On remarque la solution de continuité du scrotum qui étrangle le fungus, la *rupture de la tunique albuginée*, qui se renverse en dehors sur elle-même, la *continuité de la tumeur avec le parenchyme du testicule*, celui-ci étant considérablement réduit de volume par suite de l'issue de la pulpe séminale; la face externe de la tunique albuginée, lisse et libre de toute granulation (*Bullet. de la Soc. de chir.*, t. IX, 1859, p. 421). » Ces paroles ne soulevèrent aucune contradiction de la part des membres, tous compétents, de la Société de chirurgie.

L'existence du fungus parenchymateux n'est donc pas moins incontestable que celle du fungus superficiel. Il n'est pas besoin, dès lors, d'autres preuves pour démontrer combien était exagérée, pour ne pas dire erronée, l'opinion de Deville, reproduite dans la thèse de M. Hennequin (Paris, 1865), d'après laquelle le fungus bénin profond n'existerait pas, la lésion décrite sous ce nom par les auteurs étant constituée

simplement par le testicule intact, couvert de granulations à sa surface.

C'est à la catégorie des fungus parenchymateux que me paraissent appartenir les deux tumeurs que portait mon malade. A moins de supposer que l'ulcération du scrotum ait été occasionnée par une gomme superficielle, en même temps qu'il existait dans le corps du testicule des gommages profondes assez volumineuses pour expliquer le grand développement que présentait l'ensemble de l'organe, mais qui auraient laissé l'albuginée parfaitement intacte, hypothèse qui ne me paraît pas admissible, on ne peut se refuser, il me semble, à reconnaître que les fungus étaient produits par le contenu de la tunique albuginée, hernié à travers une perte de substance de cette membrane.

Ce contenu était-il formé exclusivement par de la matière gommeuse, ou bien renfermait-il, en outre, une portion de la substance testiculaire normale? J'admettrais plus volontiers la première alternative, attendu que rien, dans les fungus, ne m'a fait soupçonner la présence de canalicules séminifères. D'ailleurs, voulant rendre aussi évidente que possible l'influence du traitement, je me suis abstenu rigoureusement de toute intervention mécanique ou chimique locale. Je dois ajouter que pendant tout le temps que le malade est resté soumis à mon observation, il ne s'est produit à la surface des fungus aucun travail de mortification ni d'élimination; la suppuration a toujours été très-peu abondante, et la diminution de volume m'a paru résulter d'un travail de résorption intime plutôt que d'une destruction superficielle. J'ai négligé, à mon grand regret, de rechercher, si dans les produits éliminés, il y avait des spermatozoïdes, comme Curling paraît l'avoir observé quelquefois.

Quand on jette un coup d'œil sur l'histoire du fungus syphilitique du testicule, on est frappé de voir avec quelle difficulté cette affection, certainement la mieux connue aujourd'hui parmi les fungus testiculaires, est parvenue à prendre rang dans la science. Il semble presque que les observateurs les plus distingués aient, de gaieté de cœur, fermé les yeux à l'évidence et torturé les faits pour leur faire dire le contraire de la vérité. Cela tient sans doute, d'une part, à ce que le fungus syphilitique est le plus souvent un accident très-tardif, qui n'apparaît qu'alors que toute trace et même tout souvenir d'accidents syphilitiques antérieurs ont complètement disparu; d'autre part, à ce que les lésions anatomiques par lesquelles se traduit la syphilis du testicule étaient fort mal connues.

C'est ce qui explique comment les chirurgiens anglais, A. Cowper, Lawrence, Curling, ont pu décrire le testicule syphilitique sous le nom d'orchite chronique (voy. Kocher, *loc. cit.*, p. 306), malgré les résultats si rapides et si constants que leur donnait le traitement mercuriel. Pendant ce temps, en France, la tendance générale semblait être de rattacher tous les fongus testiculaires à la tuberculose.

On peut voir, dans les lignes suivantes, extraites du *Mémoire* de Jarjavay, combien on était antipathique à l'idée d'un fongus syphilitique : « Si le malade atteint d'un fongus bénin du testicule présentait en même temps des symptômes de syphilis, serait-on autorisé à ne diriger contre la tumeur que le traitement antivénérien? Je n'hésite pas à répondre à cette question d'une manière négative. »

Cependant il est obligé de convenir que, chez un malade du service de Laugier, la guérison avait eu lieu sous la seule influence de l'iodure de potassium administré à l'intérieur : « Nul doute, dit-il, que l'iodure de potassium n'ait puissamment contribué à ce résultat; mais, d'après les notions de physiologie pathologique que nous possédons relativement à la marche de ces fongus, n'est-il pas permis de se demander si le résultat définitif n'aurait pas été le même, la maladie ayant été abandonnée à son cours naturel? »

Un enfant de dix mois offrant un fongus bénin du testicule, en même temps que des plaques muqueuses caractéristiques à l'anus, est présenté à la Société de chirurgie par M. Gosselin, qui y voit « *un fongus compliqué d'un état syphilitique* » (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, t. IX, 1859, p. 131).

Quelque temps après, le testicule de cet enfant, enlevé par M. Guersant, ayant été présenté à la Société de chirurgie, M. Broca, à l'occasion de la discussion qui suivit cette présentation, montra le moule en cire d'une pièce qu'il avait examinée précédemment dans le service du professeur Chauvet, de Bordeaux. L'observation du malade qui la fournit est intitulée : *Fongus du testicule consécutif à une affection tuberculeuse de cet organe*. La tumeur, incisée dans le sens de sa longueur, depuis la surface du champignon jusqu'à l'épididyme, présente d'abord, de dehors en dedans, une couche corticale rouge, fongueuse, très-vasculaire, épaisse de 3 ou 4 millimètres. Au-dessous de cette couche, on trouve une substance dense, d'un blanc grisâtre, *très-peu vasculaire, semblable à certaines tumeurs fibro-plastiques* (*Bull.*, *loc. cit.*, p. 425). M. Broca, ayant été autorisé à pratiquer de nouvelles incisions, découvrit, à quelque distance de la première coupe, une *collection de matière jaunâtre concrète*

(*ibid.*, p. 427). Ne peut-on pas voir là une gomme ? Il est vrai que M. Broca ajoute que la nature tuberculeuse de cette matière put, séance tenante, être constatée au microscope. Mais j'estime qu'à cette époque la distinction entre les deux espèces de produits ne devait pas être facile. Cette impuissance du microscope, même sous l'œil de M. Robin, est du reste constatée un peu plus loin par M. Gosselin (p. 429). En résumé, M. Broca pense que le fongus parenchymateux du testicule est fort rare et qu'il est *presque constamment le résultat d'une affection tuberculeuse* (*ibid.*, p. 428).

S'il est permis de rester dans le doute au sujet de la pièce présentée par M. Broca, je crois qu'il ne peut subsister aucune incertitude relativement au fait cité par Cullerier dans la même séance de la Société de chirurgie. « Il est mort, dit-il, dans mon service un individu présentant *tous les symptômes de la syphilis constitutionnelle* : exostoses, ulcérations du larynx, etc. ; il avait, en outre, un double sarcocèle, que je considérais comme de nature syphilitique. A l'autopsie, je reconnus qu'il existait *des tubercules* dans les deux testicules (*ibid.*, p. 430). »

M'est avis que plus d'une fois le sarcocèle syphilitique a dû passer pour des testicules tuberculeux, au grand dommage des malades.

L'opinion de M. Broca, il faut le reconnaître, était celle de la majorité des chirurgiens français. M. Gosselin seul, à ma connaissance, s'y montra opposé. « Je ne puis admettre, dit-il, d'excroissance de ce genre (il s'agit des fongus) dans l'affection tuberculeuse (Curling, *loc. cit.*, p. 324). » Le premier aussi, il avança timidement que le fongus pourrait bien dépendre quelquefois de la syphilis. « Le fongus bénin n'est *probablement*, dans beaucoup de cas, qu'une phase éloignée de l'orchite syphilitique et ne se montre pas quand les malades n'arrivent point à la cachexie ou quand l'engorgement précurseur est traité convenablement et à temps (*ibid.*, p. 355). »

Mais c'est à M. Rollet que nous devons d'avoir nettement établi que le fongus du testicule est souvent d'origine syphilitique. Sa démonstration est basée sur trois faits, celui de Jarjavay, observé dans le service de Laugier, un fait de Curling et un fait qui lui appartient en propre. « Voilà donc, dit-il, trois observations de sarcocèle fongueux syphilitique. Je n'en connais pas d'autre (Rollet, *Rech. sur la syphilis*, nouv. tir., 1869, p. 494). »

Dans son *Traité des maladies vénériennes*, publié quelques

années plus tard, M. Rollet s'exprime ainsi : « J'ai fait dessiner plusieurs de ces fungus; l'un d'eux figure dans mon *Mémoire* de 1858. Depuis lors, j'ai rencontré beaucoup d'autres cas semblables, que j'ai tous guéris avec le traitement antisypilitique. Il ne se passe pas d'année qu'il ne se présente quelques-uns de ces fungus à Lyon, et dernièrement encore (mai 1865), il y en avait un à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Ollier, traité et guéri avec l'iodure de potassium (*loc. cit.*, p. 885). »

Ces observations se sont multipliées depuis lors (voy. les observations de Simonet, in *Gaz. des hôpit.*, 1867, p. 230; de Lücke, in Kocher, *loc. cit.*, p. 307).

M. Rollet ne nie pas pour cela l'existence du fungus bénin non syphilitique. Il a « lui-même observé, chez un enfant, un fungus bénin qu'il était impossible de rattacher à autre chose qu'à l'orchite chronique, en dehors de toute spécificité syphilitique, cancéreuse ou tuberculeuse » (*Rech.*, p. 483); et en parlant de l'orchite parenchymateuse, pouvant amener la mortification du tissu du testicule, il ajoute : « Habituellement la maladie guérit peu de temps après cette exfoliation; ou bien il se forme une de ces tumeurs qu'on a décrites sous le nom de *fungus bénin du testicule*. Cependant telle n'est pas l'origine habituelle de cette lésion, qu'on observe le plus souvent dans les cas de testicule syphilitique supprimé (*Traité des mal. vén.*, p. 328). »

Il ne m'appartient pas d'être plus absolu que l'éminent syphiliographe de Lyon. Je suis cependant convaincu, après avoir pris connaissance de la plupart des observations de fungus consignées dans la science, que le fungus syphilitique est plus fréquent qu'on ne l'a cru. En face d'un fungus véritable du testicule, la première idée qui doit se présenter au chirurgien me paraît donc être celle d'une affection spécifique, alors même que tous les renseignements seraient en contradiction avec cette opinion. Conséquemment, je voudrais qu'une médication antisypilitique énergique et prolongée fût appliquée dans tous les cas avant tout traitement local actif. A cet égard, un traitement mixte par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium à l'intérieur (2 à 3 grammes par jour) donnera, je crois, les résultats les plus constants.

Biblioteka Główna WUM

Br.1575



000029254

EXTRAIT DE LA GAZETTE HERDOMADAIRE DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2



www.dlibra.wum.edu.pl