

A l'inspection, l'hématocèle se présente sous l'aspect d'une tumeur des bourses unilatérales, moins souvent bilatérale (1 fois sur 5 ou 6), d'un volume qui varie d'un œuf de dinde, du poing (cas moyens) aux tumeurs piriformes grosses comme une noix de coco ou un œuf d'autruche, à pôle inférieur plus volumineux.

A la palpation, la tumeur vous offrira des caractères différents, selon son ancienneté et l'épaisseur de ses parois. Deux cas se présentent : ou bien, la vaginale, quoique plus dense, a conservé sa souplesse et la tumeur revêt, à s'y méprendre, les caractères de l'hydrocèle ; ou bien, la paroi forme une coque fibreuse rigide, renforcée, par places, d'épaississements cartilagineux et l'hématocèle prend l'aspect clinique d'une tumeur solide.

Dans le premier cas, qui est celui d'une pachyvaginalite récente et de volume moyen, vous trouverez le scrotum, de coloration et d'épaisseur normales, glissant sur une tumeur ovoïde, de surface régulière, avec une saillie en arrière où se trouve la glande spermatique. A la pression des doigts, vous apprécierez que la résistance est à peine un peu plus grande que dans l'hydrocèle vulgaire ; la tumeur « soupesée » vous paraîtra un peu plus lourde ; mais ce ne sont que des nuances. Le signe de certitude est donné par l'imperméabilité des parois et de la collection hydro-hématique aux rayons lumineux : faites l'épreuve de transparence comme pour l'hydrocèle ; l'hématocèle est opaque.

Second cas : la tumeur est *volumineuse, dure, non dépressible ni fluctuante, lourde à la main, absolument opaque*. La ressemblance est grande avec une tumeur solide du testicule, d'autant qu'ordinairement la glande a disparu, n'offrant plus en arrière sa légère saillie, et que, sa sensibilité étant abolie, on ne peut, en aucun point réveiller, par la pression, la douleur spéciale qui révèle la présence de l'organe. Sans doute, il est rare que le cancer du testicule garde un contour aussi régulier, une consistance aussi homogène, sans bosselures ni points dépressibles ; mais ces signes différentiels n'ont rien d'absolu et la confusion est fréquente ; mieux que ces caractères

tères objectifs, la lenteur de la marche et l'intégrité ganglionnaire différencient l'hématocèle.

Traitement. — Le traitement de choix, c'est d'abord l'incision de la coque vaginale. Puis, selon les lésions, ou bien on se borne à l'excision de la vaginale, ou bien on se détermine à la castration. De là, la nécessité de demander préalablement au sujet l'autorisation de procéder à ce sacrifice de l'organe si l'épaisseur des masses fibreuses qui enfouissent le testicule et l'épididyme les rendent inconservables. — L'excision en pleine épaisseur du feuillet pariétal de la séreuse et des strates néomembraneuses est actuellement l'intervention de choix ; nous renonçons à poursuivre, à la façon de GOSSELIN, la *déscortication*, c'est-à-dire le clivage des néomembranes, leur décollement de la séreuse elle-même, leur résection au ras du testicule, « comme on sépare la membrane interne du gésier de la volaille ». Il est avantageux de libérer le mieux possible l'épididyme des épaississements néomembraneux qui l'engainent ; et cette libération ne va pas sans quelques difficultés pour la conservation de l'organe.

ARTICLE IV

KYSTES DE L'ÉPIDIDYME

Définition. — Sous le nom de *kystes de l'épididyme*, on désigne des tumeurs kystiques, de volume variable, siégeant, au-dessus et au-dessous de l'épididyme et consécutives, soit à la dilatation d'un débris du corps de Wolff (*kystes d'origine wolffienne*), soit à la distension kystique d'un diverticule aberrant de l'épididyme (*kystes d'origine diverticulaire*), soit à la réplétion séreuse et au développement d'une loge formée par les adhérences du repli sous-épididymaire de la vaginale (*kystes d'origine séreuse*).

Anatomie pathologique et pathogénique. — Depuis le travail fondamental de GOSSELIN, on distingue deux espèces : 1° les *petits kystes*, ou *kystes sus-épididymaires*, dont le lieu d'élec-

tion est à la face convexe de la tête de l'épididyme; 2° les *grands kystes*, ou *kystes sous-épididymaires*, ou encore *kystes à spermatozoïdes*, qui se développent entre l'épididyme et le testicule et dont le liquide, ordinairement opalin ou laiteux, est habité par de nombreux zoospermes.

1° *Petits kystes; kystes inhabités ou sans spermatozoïdes.* — Si l'on ouvre au hasard, sur le cadavre, la vaginale de sujets ayant dépassé la cinquantaine, il est fréquent de voir (une fois sur cinq, d'après les relevés d'HOCHENEGG), vers la face convexe de la tête de l'épididyme, plus rarement à la partie moyenne ou à la queue de l'organe, une ou plusieurs petites tumeurs lenticulaires, étalées sous la vaginale en saillie hémisphérique, ou pédiculisées et appendues à la façon d'un menu polype, translucides, opalines ou de ton jaune ambré; leur consistance est ferme, et cependant elles contiennent, sous tension, un liquide ordinairement clair, qui jaillit à la piqûre et qui, en règle générale, ne contient pas de spermatozoïdes.

Ainsi que le démontre l'analogie établie par MONOD et ARTHAUD entre l'épithélium épididymaire et celui qui revêt la face interne de la paroi kystique, c'est dans l'épaisseur de l'épididyme que ces petits kystes prennent naissance. Ils se rattachent aux lésions séniles de l'épididyme : à partir de la cinquantaine, le tissu conjonctif intra-épididymaire subit, en effet, une transformation fibreuse; de cette sclérose péricanaliculaire résultent l'étranglement des conduits épididymaires sur certains points, leur renflement sur d'autres; et c'est par ampliation de ces parties élargies du tube que se formeraient, selon MONOD et ARTHAUD, les cavités kystiques.

Cette hypothèse est vraisemblable et fait comprendre pourquoi ces kystes sont l'apanage presque exclusif des vieillards. Mais elle ne saurait s'appliquer à tous les cas; et il faut ici faire intervenir, pour certains faits, d'autres modes pathogéniques, qui interviennent dans la formation des grands kystes : cavités séreuses produites par le cloisonnement de la vaginale sous-épididymaire; dilatation d'un débris wolffien ou d'un vaisseau aberrant de l'épididyme. Car, en vérité, aucun des deux caractères classiques, ni le volume, ni l'absence ou la présence

de spermatozoïdes, ne sauraient être considérés comme délimitant deux variétés absolument séparées : il est des petits kystes qui deviennent grands; il en est qui, par ouverture secondaire du canal épididymaire distendu, se peuplent de spermatozoïdes. La différenciation devrait se fonder sur les qualités histologiques de la paroi, non sur la taille du kyste.

2° *Grands kystes.* — Au-dessous de la tête de l'épididyme, entre cet organe et le testicule, se développent des kystes, dont le volume varie d'une noix à un gros œuf ou une orange et plus. A mesure que cette tumeur s'accroît, elle refoule et étale l'épididyme : un moment vient où cet organe étiré fait corps avec le kyste.

La cavité kystique est ordinairement uniloculaire. Sa paroi se compose de deux couches : une fibreuse et un revêtement épithélial à cellules pavimenteuses plates ou à éléments cylindriques. Son contenu est un liquide opalin ou laiteux, qui contient ordinairement des zoospermes, parfois en nombre prodigieux, très vivaces dans les cas récents : ce fait caractéristique (d'où le nom de *kystes à spermatozoïdes*) a été découvert par LISTON, en 1843.

Donc, ici, deux points sont à expliquer : 1° la formation d'une poche kystique; 2° la présence de spermatozoïdes dans le contenu. — Et, pour répondre à ce double caractère, deux hypothèses se présentent : 1° ou bien la tumeur kystique s'est d'emblée produite sur un point même des voies spermatiques, et il est naturel que les zoospermes l'aient toujours habitée; 2° ou bien elle s'est développée en dehors des canaux excréteurs du sperme, elle a été d'abord un kyste purement séreux, et les animalcules n'y sont venus que secondairement, par effraction de la poche, voisine des canaux spermatiques.

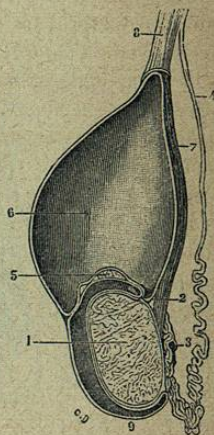


Fig. 233.

Kyste de l'épididyme : coupe longitudinale, d'après DUPLAY et RECLUS.

A la première hypothèse se rattache la théorie récente de VAUTRIN, selon laquelle ces kystes auraient pour origine la dilatation de ces diverticules, de ces vaisseaux aberrants (dont le *vas* de HALLER et le *vas* du *rete* sont les types les plus complets) qui s'échelonnent, non seulement sur l'épididyme, mais

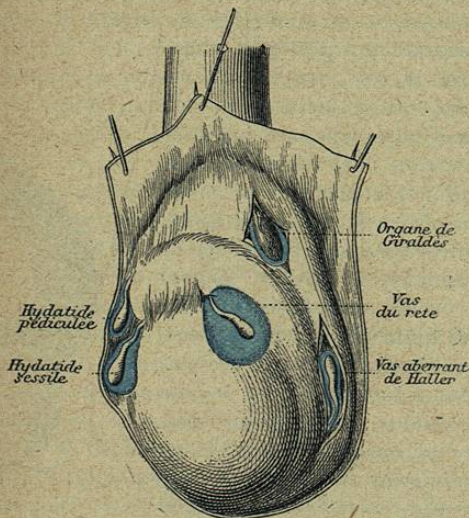


Fig. 234.

Schéma montrant la formation de kystes aux dépens du *vas* de Haller, du *vas* du *rete*, du corps de Giralès, de l'hydatide sessile ou pédiculée.

encore le long du canal déférent. Cette conception explique normalement la présence des spermatozoïdes, puisque ces diverticules étaient, avant l'oblitération, en communication avec les voies spermatiques ; mais elle soulève une objection. Cette oblitération préalable est, ici, la condition de la rétention kystique : or, ainsi que le montrent les injections de STREUDENER, de ROSENBACH et de KOCHER, cette oblitération n'existe pas ordinairement et le mercure, poussé par le canal déférent, file dans l'épididyme et pénètre dans le kyste.

La seconde hypothèse est surtout représentée par la théorie, indiquée par CURLING et FOLLIN, et développée par BROCA, selon laquelle le point de départ de ces tumeurs serait dans la dilatation d'un débris persistant des canaux du corps de Wolff (quelques canalicules tapissés d'épithélium et situés près de la tête épидидymaire ; peut-être l'hydatide de MORGAGNI). La

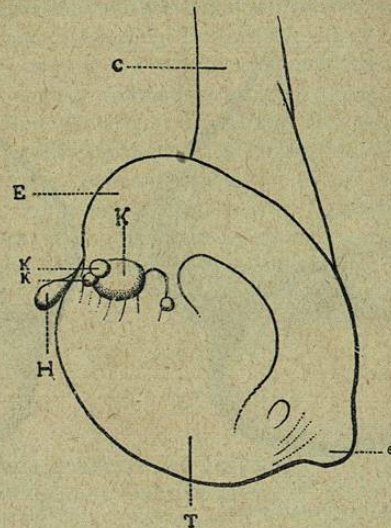


Fig. 235.

Kyste de l'épididyme d'origine vaginale (d'après DUPLAY et RECLUS).

pénétration des spermatozoïdes dans la cavité de ces kystes serait un incident de leur évolution : à mesure que la tumeur augmente de volume, les canaux qui relient l'épididyme au testicule, ainsi que ceux de la tête épидидymaire, sont tirillés et étalés ; leur rupture se produit à la moindre contusion et la communication s'établit entre le kyste et les voies séminales.

POIRIER a modifié cette théorie du kyste préexistant et de l'ouverture secondaire des voies spermatiques : le kyste ne serait point une formation wolffienne ; il résulterait simplement

de la production, par adhérences partielles des deux feuillets du cul-de-sac sous-épididymaire de la vaginale, de poches séreuses cloisonnées, progressivement distendues.

Ces loges, qui ne sont que des hydrocèles sous épидидymaires enkystées, pourraient rester vides de spermatozoïdes et purement séreuses, ou bien, après rupture des voies spermaticques voisines, s'ouvrir à la pénétration des zoospermes. Ces

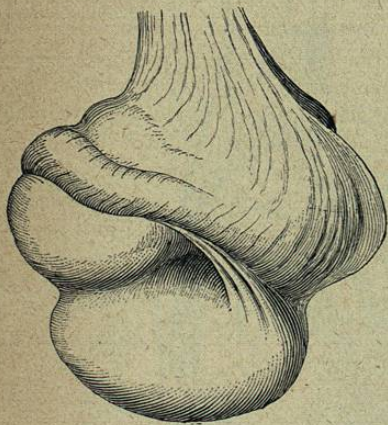


Fig. 236.

Cas d'un kyste moyen.

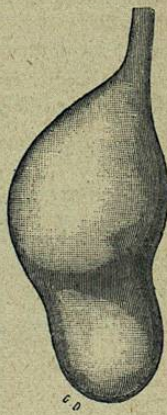


Fig. 237.

Cas d'un kyste volumineux de l'épididyme.

hypothèses s'appliquent, l'une et l'autre, à des cas particuliers : l'origine wolffienne est vraisemblable dans les formes où le liquide est clair et la tumeur développée chez des sujets jeunes ; la conception des kystes par cloisonnement de la vaginale sous-épididymaire répond à des faits anatomiques bien décrits ; dans la majorité des cas, la théorie de VAUTRIN nous paraît résoudre plus simplement ce problème pathogénique, qui manque encore d'une démonstration rigoureuse.

Symptomatologie. — Le plus souvent, sur le vivant, les petits kystes passent inaperçus. Il faut que la tumeur ait acquis quelque dimension pour la rendre accessible à l'explo-

ration chirurgicale. — S'agit-il d'un kyste moyen, on trouve, au-dessous de l'épididyme, une saillie arrondie, du volume d'un grain de raisin, d'une noix, d'un petit œuf, tendue, fluctuante, séparée du testicule par une rainure appréciable, pouvant en imposer pour un testicule supplémentaire. — Si le kyste est plus volumineux, il se distend davantage au niveau de son pôle supérieur et prend la forme d'une poire renversée ; la surface est lisse, rarement bosselée. Le testicule devient plus difficile à distinguer : on arrive à déterminer sa situation, par l'exploration de la douleur testiculaire et par l'examen de la transparence. Quand elle atteint ce volume et cette distention, la tumeur ne se différencie guère de l'hydrocèle de la vaginale : seule, la ponction, donnant issue à un liquide opalin, plus ou moins peuplé de spermatozoïdes, tranche le diagnostic.

Traitement. — Le traitement consiste dans l'incision et l'excision, aussi complète que possible, de la paroi du kyste.

ARTICLE V

DES ORCHITES

Pathogénie générale des orchites. — Au testicule, comme ailleurs, inflammation veut dire infection : les orchites résultent donc de localisations infectieuses sur la glande génitale.

Par quelles voies se fait cette infection du testicule ? — Autant que le permet sa complexité clinique, on peut schématiser ainsi cette question de pathogénie. Les microbes pathogènes, ou leurs toxines, arrivent à la glande génitale par l'une ou l'autre de ces quatre voies : 1° la *voie sanguine* ; 2° la *voie lymphatique* ; 3° la *voie déférentielle* ; 4° la *voie péritonéo-vaginale*.

Dans la première hypothèse, une infection générale pré-existe et c'est par les capillaires artériels que le microorganisme embolisé vient cultiver dans le testicule : telles sont les orchites des oreillons, des amygdalites infectieuses, de la fièvre typhoïde, de la variole, de la grippe, de la pyohémie, exceptionnellement de la scarlatine et de la malaria. Ces infections génitales par

la voie sanguine ont un caractère typique : elles frappent ordinairement le testicule lui-même, à l'inverse des infections par voie déférentielle qui ont pour lieu d'élection l'épididyme.

La voie lymphatique est surtout suivie par un parasite spécial : la filaire du sang humain, dont nous avons ailleurs tracé l'histoire. C'est par obstruction lymphatique et par stagnation de la lymphe en amont des obstacles que ce parasite détermine une orchite interstitielle, une sorte de fibromatose diffuse de la glande. C'est là le type dominant des orchites par infection lymphatique ; mais est-ce le seul ? Il est possible que, dans l'avenir, l'histologie étende le rôle de l'appareil lymphatique du testicule dans les infections ; actuellement, nous manquons de documents sur la question.

La voie déférentielle prête à une conception claire : au cours d'une blennorrhagie aiguë, le gonocoque, ayant envahi l'urèthre profond, va se propager de proche en proche, par continuité de muqueuse, et gagner successivement les canaux éjaculateurs, le canal déférent, l'épididyme. Cette même hypothèse simple s'applique à la pathogénie des orchites chez les rétrécis, chez les uréthrotomisés, chez les prostatiques, surtout après un cathétérisme : dans l'urèthre profond, des germes pathogènes existent qui, se multipliant et cultivant de proche en proche, remontent le déférent jusqu'à la glande génitale. La caractéristique de ces orchites, par propagation déférentielle, c'est le siège initial et le degré prédominant des lésions au niveau de l'épididyme : l'épididyme l'emporte sur l'orchite et, souvent même, la déférentite intermédiaire est atténuée ou déjà disparue. — Cette voie déférentielle peut être suivie par un microbe qui n'est point, comme le gonocoque, un hôte fréquent de l'urèthre : c'est le bacille tuberculeux qui, pour arriver à l'épididyme, vient d'une origine plus distante, soit qu'il descende du rein et de la vessie, soit qu'il ait primitivement abordé par la voie sanguine la prostate et les vésicules séminales.

La voie péritonéo-vaginale répond à un mode rare de l'infection testiculaire. Mais sa réalité est démontrée par des cas cliniques nets (hydrocèles tuberculeuses du canal péritonéo-

vaginal, resté perméable, avec inoculation secondaire de l'albuginée et du parenchyme testiculaire) et par des faits expérimentaux (orchi-épididymite morveuse consécutive à la vaginalite ; orchites tuberculeuses du cobaye par inoculation intrapéritonéale du bacille de Koch).

1° DES ORCHITES TRAUMATIQUES

Cette catégorie paraît faire exception à la loi pathogénique, selon laquelle toute orchite suppose l'infection microbienne. Mais, ici, s'offrent deux éventualités. Tantôt, il s'agit des lésions simples de la contusion testiculaire, avec extravasats sanguins entre les flexuosités de l'épididyme, avec caillots épars dans le testicule provoquant, comme une épine irritative, des altérations réactionnelles de la glande qui se traduisent par un œdème intertubulaire, la prolifération des cellules fixes, une abondante diapédèse et une tuméfaction trouble des cellules des tubes séminifères. Le tableau clinique qui répond à cette forme se caractérise par les traits suivants : symptômes peu aigus ; pas de réaction générale, pas de fièvre ; douleur sourde et voilée, accrue à la pression ; augmentation médiocre du volume de l'organe : tous signes qui seraient négligeables s'ils n'étaient point suivis ultérieurement d'une atrophie de la glande, redoutable par la stérilité qui en peut résulter dans le cas de lésion bilatérale. — Tantôt, le foyer contus n'est pas resté aseptique et la glande traumatisée a été infectée, soit par des gonocoques en état d'activité ou de latence, soit par de simples saprophytes venus de l'urèthre.

Une variété est d'interprétation contestable : c'est l'orchite par effort admise depuis VELPEAU et attribuée par TILLAUX et TERRILLON au soulèvement brusque de la glande par la contraction du crémaster et à son heurt contre le pubis ou à sa striction dans le pédicule des bourses. Ici encore, que de réserves à faire ! Comme DUPLAY en a fait la judicieuse critique, cette orchite par effort n'est ordinairement qu'une variété de la contusion testiculaire, qui se complique d'une infection ayant son point de départ dans une uréthrite profonde méconnue, dans un état

subinflammatoire de l'urèthre prostatique. Nous avons vu deux fois la prétendue « orchite par effort » se développer, en dehors de toute infection uréthrale ancienne ou présente, chez de vigoureux sapeurs du génie employés à des travaux de force : ce n'était que de la contusion testiculaire, avec douleur et tuméfaction, sans cette réaction inflammatoire vive qui est le tableau de la véritable orchite.

2° ORCHI-ÉPIDIDYMITE BLENNORRAGIQUE

Pathogénie et anatomie pathologique. — C'est le type de l'orchite due à l'inflammation propagée par continuité de tissu, c'est-à-dire à l'inoculation progressive du gonocoque, le long d'un canal muqueux continu, depuis le méat jusqu'au tube épидидymaire : *urétrite, déférentite, spermatozystite, épидидymite*, voilà les anneaux de cette chaîne.

Le canal déférent est doublé ou triplé de volume ; ses diverses tuniques sont altérées : muqueuse rouge et desquamée ; chute des cils vibratiles ; infiltration leucocytaire des couches profondes de la muqueuse ; agglomération de cellules embryonnaires autour des vaisseaux lymphatiques qu'elles entourent d'un véritable manchon, comme l'a vu CUNÉO ; *funiculite* par inflammation du tissu cellulaire du cordon. — La *spermatozystite* est fréquente : les vésicules séminales sont rouges, vascularisées ; leur cavité renferme une bouillie composée de leucocytes et de cellules épithéliales desquamées ; le tissu cellulaire, épaissi, voile les circonvolutions de l'organe (*périvésiculite*).

L'*épидидymite* est la lésion prépondérante. L'organe, volumineux, forme un bourrelet dur qui encadre et déborde, à la façon d'un cimier de casque, le bord postéro-supérieur de l'organe. Cette masse inflammatoire est composée à la fois du tube épидидymaire, épaissi, et d'une véritable gaine indurée, résultant de l'infiltration du tissu cellulaire qui unit la vaginale à l'épididyme : la *cellulite péri-épидидymaire l'emporte sur l'épididymite* (Voir fig. 239.). ASTLEY COOPER et GODARD avaient, dès longtemps, affirmé cette prédominance des lésions péri-épидидymaires ; CUNÉO vient de le préciser, en montrant que l'infiltration embryon-

naire s'ordonne surtout autour des collecteurs lymphatiques.

Cette infiltration du tissu cellulaire péri-épидидymaire est limitée par la tunique fibreuse commune. Or, comme le disent MONOD et TERRILLON, cette tunique, après avoir entouré tous les organes du cordon, vient se perdre sur la vaginale, au niveau du tiers supérieur ou de la moitié de cette membrane. Donc, l'inflammation, occupant le tissu cel-

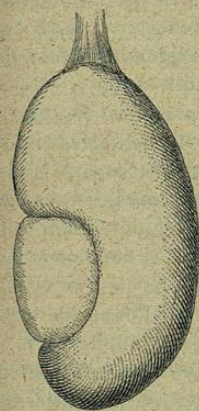


Fig. 238.

Schéma montrant le développement de l'épididyme par rapport au testicule dans l'orchite blennorragique.

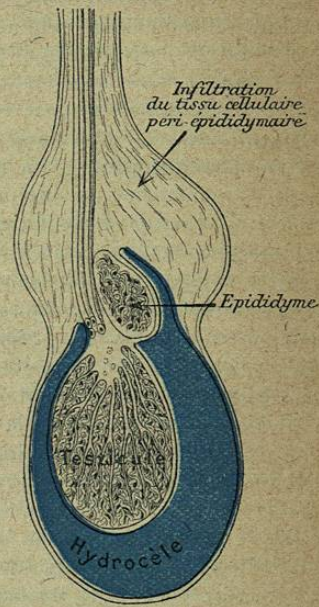


Fig. 239.

Schéma montrant que dans la formation du « cimier de casque » de l'orchite blennorragique, la cellulite péri-épидидymaire l'emporte sur l'épididymite.

naire compris dans la membrane fibreuse, s'étend jusqu'à cette limite inférieure, en recouvrant la partie supérieure du testicule. De là, l'énorme volume du bourrelet épидидymaire, caractéristique, « en cimier de casque », surmontant le bord postéro-supérieur du testicule et le débordant sur ses deux faces, recouvrant une partie de la glande.

Le gonocoque ne dépasse qu'exceptionnellement l'épididyme : l'*orchite vraie*, c'est-à-dire l'inflammation blennorragique du parenchyme glandulaire, admise cliniquement, n'a pas reçu de preuves anatomiques formelles. — La *vaginale* subit, de la part de l'épididyme infecté par le gonocoque, une irritation réactionnelle comparable à toutes les inflammations séreuses péri-viscérales : épanchement d'un liquide séreux ou séro-fibrineux, plus ou moins abondant, et production d'une hydrocèle qui accroît la tuméfaction et voile le testicule; formation de néomembranes et d'adhérences qui cloisonnent la cavité.

Symptomatologie. — Un blennorragien, arrivé ordinairement à la cinquième ou sixième semaine de son écoulement, ressent à l'occasion d'une fatigue, d'un effort, ou sans cause appréciable, une douleur au niveau de la région inguinale, dans la partie inférieure de l'abdomen, précédant, selon KOCHER, la douleur testiculaire de quelques heures, parfois d'un jour ou deux; dans d'autres cas, l'épididyme est d'emblée le foyer douloureux initial; en même temps, la région lombaire s'endolorit. A cette période de début, on trouve le canal déférent gros et douloureux au pincement, la queue de l'épididyme noueuse.

Ces deux signes fondamentaux, la *douleur* et la *tuméfaction*, vont s'accroître, pour atteindre leur maximum vers le sixième ou septième jour. La douleur est intense et il faut douter de la qualité blennorragique des épididymites « indolores » : la plus petite pression, la simple déclivité des bourses l'exaspèrent; il se produit souvent des irradiations douloureuses, avec deux foyers signalés par MAURIAC, l'un supérieur (*rachialgie* avec ou sans douleurs en ceinture), l'autre rayonnant vers les membres inférieurs, soit en avant selon le trajet du crural, soit en arrière suivant le sciatique. — Palpez, avec douceur et avec méthode, pour reconnaître le siège de la tuméfaction. Les cas sont rares où vous ne constaterez qu'un renflement en « noisette » de la queue épididymaire. En général, vous rencontrerez le gonflement épididymaire « en cimier de casque », encadrant le bord supérieur et débordant les deux faces du testicule : vous trouverez donc ce dernier diminué dans son étendue palpable, et vous aurez parfois d'autant plus de difficulté

à le délimiter que, masqué en haut et en arrière par le bourrelet épididymaire, il est voilé en avant par une nappe d'hydrocèle épanchée dans la vaginale.

Un fait est curieux, qui a autrefois motivé la théorie de la métastase ou du transport du pus de l'urèthre sur le testicule : pendant que s'établit l'épididymite, l'écoulement décroît et tarit, pour reprendre souvent dès l'apaisement de l'inflammation testiculaire. — Parallèlement à ces phénomènes locaux, évoluent des symptômes généraux, variables d'intensité : fièvre, montant parfois à 39°; insomnie; anorexie et vomissements. Un phénomène fréquent est l'apparition de pollutions nocturnes, quelquefois teintées de sang, qui font souffrir et inquiètent le malade.

A la fin de la première semaine, l'épididymite a atteint son apogée : annoncez à votre patient que, dès ce moment, elle va décroître, mettant en moyenne vingt à trente jours pour accomplir sa résolution, avec des variantes qu'il faut prévoir. La douleur est le premier symptôme qui s'atténue. Les contours de l'épididyme, en voie de résolution, se dessinent plus nettement et se laissent palper sans souffrance vive; l'épanchement de la vaginale, en état de moindre tension, se résorbe; le cordon spermatique induré diminue promptement de volume.

Il est des formes (*orchites névralgiques* de Gosselin) remarquables par l'intensité et la ténacité des phénomènes douloureux qui persistent quelquefois après la guérison apparente des phénomènes inflammatoires. — Il faut prévoir aussi les rechutes d'orchites, se produisant par une ou par plusieurs atteintes successives (*épididymite à répétition*), quelquefois frappant le côté opposé (*épididymite bilatérale*), et, dans certains cas, alternant de l'un à l'autre testicule (*épididymite à bascule*) : ces poussées répondent à autant de réinoculations ou repullulations du gonocoque dans les voies déférentielles.

Donc, en général et pour les cas moyens, comptez un mois pour l'évolution d'une épididymite. Mais cette guérison est-elle complète, c'est-à-dire la restitution anatomique est-elle intégrale?

Une des suites graves de l'orchite blennorragique, c'est le

trouble, parfois l'obstacle définitif, qu'elle peut apporter dans l'excrétion spermatique. — Depuis le travail fondamental de GOSSELIN en 1849, complété par les recherches de GODARD et de LIÉGEOIS, nous savons que le sperme, éjaculé par un convalescent d'épididymite gonococcique, peut être dénué de spermatozoïdes. Cette absence totale de zoospermes ne s'observe qu'après les épididymites bilatérales; dans le cas d'orchite unilatérale, il semble que les spermatozoïdes se raréfient, mais le testicule sain, bien qu'influencé sympathiquement, comme le pense LIÉGEOIS, continue à sécréter des zoospermes, capables de fécondation.

Cet état stérile du sperme peut n'être que transitoire. En effet, il se rattache à la présence d'un noyau fibreux obstruant la queue de l'épididyme et barrant la route aux spermatozoïdes. Or, en amont de lui, la fonction de l'organe persiste; car, contrairement à ce qui se passe pour les autres glandes, l'imperméabilité des voies d'excrétion du sperme n'a point d'action atrophiante sur le testicule. Donc, dès que la route déférentielle redevient praticable, les zoospermes reparaissent. — Mais cette éventualité, quoique possible, ne répond qu'à la minorité des faits: sur quatre-vingt-sept individus dont le sperme fut examiné plusieurs mois ou plusieurs années après la guérison d'une épididymite bilatérale, MONOD et TERRILLON ont trouvé neuf cas seulement de réapparition des spermatozoïdes. Il ne faut donc point oublier que l'épididymite bilatérale menace le sujet d'une stérilité permanente; et, contrairement à l'assertion de GOSSELIN, la disparition de la nodosité caudale de l'épididyme n'est point un signe de la réapparition des zoospermes: il ne faut croire ici qu'à l'examen microscopique du liquide éjaculé.

Traitement. — Pendant la période de grande acuité, pendant le premier septénaire, et pour les formes très douloureuses, repos au lit, bourses relevées, avec application de glace ou de cataplasmes. Pour les formes subaiguës ou pour les formes douloureuses, en voie d'apaisement et de résolution, le meilleur traitement consiste dans l'application d'un suspensoir HORAND-LANGLEBERT qui assure la compression ouatée des testicules et

leur immobilisation et qui, grâce à sa lame imperméable, provoque une sudation favorable à la résolution.

3° ORCHITES CONSÉCUTIVES AUX TRAUMATISMES DE L'URÈTHRE

Après la lithotritie, et surtout depuis l'emploi d'instruments explorateurs ou broyeurs volumineux; après l'introduction de la sonde chez un prostatique ou chez un rétréci, à arrièrè-urèthre encore enflammé, vous pourrez observer, dès les premières heures ou seulement deux ou trois jours après, un engorgement, vaguement douloureux, de l'épididyme; il est rare que la douleur soit intense et le gonflement considérable; la participation du testicule à l'inflammation est plus fréquente que dans la blennorrhagie; la marche de l'affection n'est point aussi régulière, la période de déclin pouvant se prolonger beaucoup plus longtemps et la suppuration étant fréquente.

4° ORCHITES INFECTIEUSES PAR INFECTION VASCULAIRE

Ici, la glande génitale participe, à titre de foyer secondaire, à l'infection générale de l'économie et son envahissement se fait par la voie sanguine. Comme conséquence anatomique de ce mode d'infection, l'épididyme n'est plus le lieu d'élection des lésions: le testicule lui-même est le siège ordinaire de ces inflammations qui prennent la forme de l'*orchite parenchymateuse*. — Cette localisation s'observe: dans les oreillons (orchite ourlienne); dans l'amygdalite infectieuse; dans la variole; dans la fièvre typhoïde; dans la scarlatine; dans le paludisme; dans le rhumatisme.

L'*orchite ourlienne* est le type dominant de ces orchites infectieuses. En général, le testicule seul est envahi; mais il existe des infractions à cette règle et, en 1887, dans une grande épidémie qui frappa le 2^e régiment du génie, nous avons observé 5 cas d'orché-épididymite ourlienne. Le testicule, doublé ou triplé de volume, est tendu, dur, douloureux à la pression. L'évolution de cette orchite est rapide: la résolution se fait au

bout de la première semaine; mais tout n'est point fini et redoutez l'*orchite atrophique*. Au bout de quelques mois, et dans la proportion d'un sur trois, vous trouverez le testicule, mou, amoindri, réduit progressivement à l'état d'un testicule d'enfant. Si l'orchite est double, l'impuissance est à craindre. — L'*orchite amygdalienne* se rapproche de l'*orchite ourlienne*: elle se résout habituellement, mais peut se terminer par suppuration ou par atrophie.

L'*orchite variolique*, surtout étudiée par BÉRAUD, est assez fréquente; elle est le plus souvent unilatérale, évoluant en quelques jours, aboutissant à la résolution et ne paraissant pas troubler la fonction spermatique. — L'*orchite typhoïdique*, qui se montre ordinairement au moment de la convalescence, a un début brusque, avec retour de fièvre qui peut faire croire à une rechute; sa résolution est lente, et la suppuration y est fréquente. — L'*orchite grippale*, l'*orchite scarlatineuse* sont rares; l'*orchite rhumatismale* est mal établie, sur des documents très contestables, et l'*orchite paludéenne* reste à démontrer.

5° ORCHITE FILARIENNE

La filaire du sang humain, par infection et obstruction des voies lymphatiques, trouve, dans l'appareil génital, un lieu d'élection. Elle y peut déterminer: 1° sur le scrotum, l'*éléphantiasis*; 2° sur la vaginale, l'*hydrocèle laiteuse*; 3° sur le cordon, le *varicocèle lymphatique* et le lymphangiome inguinal; 4° sur le testicule, cette *orchite lymphatique* des pays chauds (Brésil, Antilles, Egypte) bien étudiée par LE DENTU dans une série de communications. — L'orchi-épididymite filarienne se présente sous trois formes cliniques: un type *aigu*, avec douleurs brusques et intenses, gonflement volumineux de l'épididyme et du testicule, hydrocèle symptomatique et phénomènes fébriles; une forme *subaiguë*, à poussées inflammatoires moins vives et intermittentes; un état *chronique*, indolore, à évolution froide, interrompu par des poussées de lymphangite à la surface ou dans l'épaisseur de l'albuginée et de l'épididyme, coexistant avec des lésions éléphantiasiques des bourses.

ARTICLE VI

TUBERCULOSE DU TESTICULE

Historique. — L'histoire de la tuberculose du testicule a suivi les étapes qui ont marqué les progrès de nos connaissances dans la tuberculose en général.

Première phase: sous l'influence des idées de LAENNEC, on admet que le tubercule peut se présenter, au testicule, comme dans les autres organes, sous deux formes: 1° les *granulations* qui sont de petits nodules, souvent visibles à l'œil nu; 2° les *amas caséeux*, circonscrits ou infiltrés. — Cette doctrine *uniciste* trouve dans les recherches de CRUVEILHIER son document le plus net, appuyé sur des planches et des observations démonstratives. En même temps que l'anatomie pathologique s'établissait ainsi dans son exacte conception, le tableau clinique du testicule tuberculeux était tracé par BOYER et COOPER; puis, CURLING et RICORD formulaient la règle d'après laquelle l'épididyme est le lieu d'élection pour les lésions tuberculeuses de l'appareil génital.

Deuxième phase, phase de recul: VIRCHOW et ses élèves déclarent que la granulation est la seule lésion caractéristique. Dès lors, il faut séparer de la tuberculose les masses caséeuses de l'épididyme et considérer, comme purement inflammatoires, les *orchites chroniques caséeuses*.

De cette conception *dualiste* des anatomo-pathologistes, il était résulté à nouveau la confusion en clinique: le groupe des orchites chroniques inflammatoires s'agrandissait et ses espèces redevenaient indistinctes. — Actuellement, au contraire, cette classe, comme celle des adénites chroniques, s'est, en clinique, singulièrement restreinte: la tuberculose en a pris la plus grande part, la syphilis presque tout le reste. Au point de vue anatomo-pathologique, nous avons fait retour aux idées unicistes de LAENNEC et de CRUVEILHIER: la revision que THAON et GRANCHER avaient opérée pour la tuberculose en général, MALAS-