

ils s'ouvrent à la surface cutanée. Ils ne donnent heureusement pas naissance à des fistules urinaires. Si le processus suppuratif s'étend au tissu connectif lâche qui entoure l'urètre, il se forme un abcès péri-urétral. Ces abcès sont surtout fréquents dans les points où la blennorrhagie se cantonne avec le plus de persistance, au niveau de la fosse naviculaire et de la partie antérieure de l'urètre membraneux. Ils s'accompagnent de gonflement, mais ne sont pas très douloureux, grâce à l'extensibilité du tissu dans lequel ils se développent. C'est une complication plus dangereuse que la folliculite, que nous venons de décrire, car dans des cas rares l'ouverture de l'abcès dans l'urètre a permis l'infiltration de l'urine avec tous ses dangers. Ces abcès sont donc beaucoup plus susceptibles de donner naissance à des fistules persistantes. J'observe dans ce moment un certain nombre de cas dans lesquels il existe entre l'urètre et la surface cutanée des fistules de la dimension d'une épingle, situées au voisinage du frein et près de l'angle scroto-pénien.

LYMPHANGITE.

Dans un certain nombre de cas de blennorrhagie, il se fait de la *lymphangite* due à l'absorption du pus. Ce sont surtout les lymphatiques du dos de la verge qui se prennent; l'observation m'a montré que cette lymphangite tenait presque invariablement à un défaut de propreté et à la rétention du pus entre le prépuce et le gland. L'anatomie pouvait faire prévoir cette complication, les lymphatiques urétraux appartenant à la couche profonde et passant au-dessous de l'arcade pubienne pour rejoindre les lymphatiques profonds du bassin et pour aboutir aux glandes lombaires.

Les *symptômes* consistent en un cordon d'induration s'étendant du prépuce à la racine de la verge, douloureux au toucher, facile à isoler des tissus voisins, et souvent dessiné à la surface par une ligne d'une teinte rouge pâle. La *phlébite dorsale*, qui, dit-on, se produit quelquefois, donne lieu à un gonflement plus oedémateux, ne présente pas une ligne d'induration isolant des parties voisines, et est accompagnée d'un gonflement des ganglions de l'aîne, qui manque rarement quand les lymphatiques sont pris. Je n'ai jamais vu un de ces cas, et je crois que cette complication est excessivement rare. La lymphite de la syphilis n'est pas douloureuse, elle a pour point d'origine la lésion initiale, et

s'accompagne de l'induration indolente de plusieurs ganglions inguinaux.

BUBON.

La blennorrhagie peut déterminer une adénite d'un des ganglions de l'aîne, précédée ou non de lymphangite; en d'autres termes, il existe un *bubon* blennorrhagique. La glande affectée est ordinairement une des glandes de la couche superficielle situées juste au-dessous du ligament de Poupert, au-dessous du fascia lata, dans le tissu cellulaire sous-cutané. Une petite tumeur douloureuse apparaît à l'aîne; elle est d'abord mobile sous la peau, mais ensuite elle contracte avec elle et les parties voisines des adhérences, devient pâteuse au toucher, et prend une teinte rougeâtre ou pourprée. Dans la plupart des cas, elle diminue ensuite sous l'influence d'un traitement approprié et disparaît par résolution. Dans d'autres cas pourtant, et particulièrement chez les individus scrofuleux, ou chez ceux qui sont épuisés par des habitudes vicieuses ou qui sont surmenés par le travail, le ganglion suppure, le tissu connectif qui l'entoure subissant le premier la fonte purulente. Il arrive même très souvent que le ganglion lui-même échappe à la suppuration.

On peut mentionner la possibilité d'un autre groupe de complications apparaissant vers la fin de la troisième semaine; quelques-unes cependant peuvent se montrer beaucoup plus tard. Ces complications sont: la *cowpérite*, la *prostatite* et la *cystite*.

COWPÉRITE.

L'inflammation de l'une ou des deux glandes de Cowper, ou *cowpérite*, est le résultat de l'extension par continuité de l'urétrite aux conduits de ces glandes, qui s'ouvrent dans la portion postérieure de l'urètre spongieux, dans cette partie incorrectement désignée sous le nom de portion bulbeuse. Le premier symptôme qui se montre d'habitude est une douleur périnéale, qui augmente à la pression et rend la marche ou la station assise extrêmement douloureuse. Le gonflement inflammatoire des glandes rencontre un obstacle dans les deux couches du ligament triangulaire entre lesquelles elles sont situées, et dans le fascia périnéal profond; cette résistance, jointe à l'effet de la pesanteur sur la circulation, ajoute à la douleur des battements très pénibles, qui la rendent particulièrement intense; ce phénomène s'observe

dans toutes les inflammations dans lesquelles les mêmes conditions sont réalisées. Les glandes peuvent souvent être senties sous forme de deux petites tumeurs dures, situées immédiatement derrière le scrotum, de chaque côté de la ligne médiane; elles peuvent être également reconnues au toucher rectal par le doigt dirigé en haut et en avant juste au-dessus du sphincter externe. La miction est difficile si le gonflement est considérable, elle est toujours pénible, surtout à la fin, les glandes de Cowper étant entourées des fibres transversales du muscle compresseur de l'urètre — lesquelles, en se contractant pour expulser les dernières gouttes d'urine, compriment ces organes. La suppuration se produit quelquefois dans le tissu péri-glandulaire; cette suppuration se reconnaît aux signes ordinaires.

PROSTATITE.

Après que la blennorrhagie a gagné d'avant en arrière la partie prostatique de l'urètre, elle peut, en dépit du traitement le mieux dirigé,

envelopper la *prostate* dans le processus inflammatoire. Les follicules et l'élément glandulaire de la prostate sont affectés primitivement et principalement, le tissu musculaire qui forme la plus grande partie de la masse restant indemne dans les cas d'une intensité moyenne.

Harrison (1) divise cette affection en deux variétés, la prostatite folliculaire et la prostatite générale ou parenchymateuse, la première attaquant l'élément glandulaire, mais y restant limitée, et présentant les symptômes ci-dessus décrits; l'autre, plus rare, beaucoup plus sérieuse, dans laquelle la glande, dans son entier, est envahie par l'inflammation. Il se fait ordinairement de la suppuration, et à moins que le traitement ne soit prompt et décisif, au premier signe de fluctuation révélé par le toucher rectal, il en résulte les plus sérieux dangers, pour la vie même. Les individus chez lesquels, selon M. Harrison, on observe cette variété le plus fréquemment, sont des gens dont la santé est détériorée, ou dont les organes urinaires sont plus ou moins endommagés par des rétrécissements anciens.

Les rapports anatomiques et physiologiques de la glande (fig. 46) expliquent les symptômes

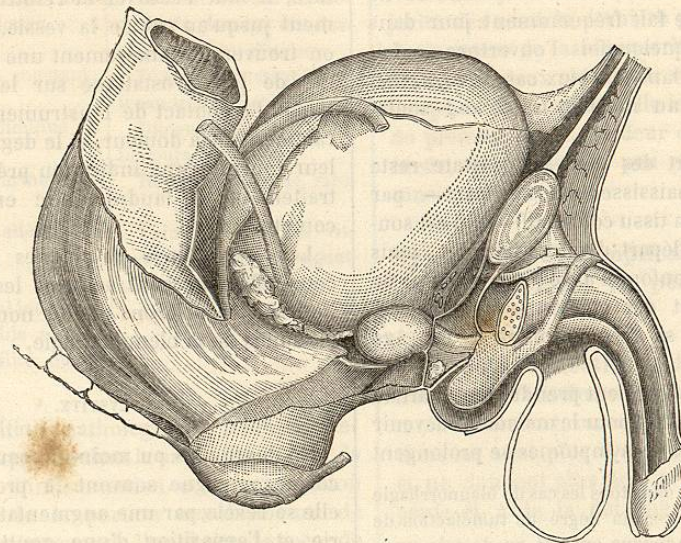


Fig. 46. — Rapports de la prostate avec le col de la vessie et le rectum.

de son inflammation, dont le premier est presque toujours une sensation de pesanteur et de distension au périnée et au rectum. Ce phénomène est bientôt suivi par des mictions fréquentes, dues à l'obstacle que la vessie rencontre pour se vider dans la glande engorgée. La fin de la miction est douloureuse, mais ne s'accompagne pas de ce degré de ténésme qu'on observe

quand la vessie elle-même est enflammée, non plus que d'écoulement de pus et de sang bien notable. La défécation est également douloureuse, surtout s'il y a de la constipation, et le doigt introduit dans le rectum sent la paroi an-

(1) De la *prostatite aiguë*, travail lu à la Société médicale de Londres, le 11 avril 1881.

térieure repoussée au centre du conduit intestinal, chaude, dure et sensible au toucher; à travers cette paroi on peut sentir les limites mal définies de la prostate beaucoup augmentée de volume.

A mesure que l'affection fait des progrès, la douleur augmente, devient pulsative, particulièrement quand le malade est debout ou assis, s'irradie le long des cordons du plexus hypogastrique à toutes les régions voisines, et s'exagère beaucoup par la miction ou la défécation. La fréquence et la difficulté de la miction augmentent à la fois, et cette dysurie précède quelquefois la rétention d'urine absolue.

L'affection peut se terminer par résolution, ce qui est le cas le plus fréquent, ou par suppuration. Dans le premier cas les symptômes disparaissent graduellement, et la suppuration uréthrale, qui a fait place, pendant cette période, à une sécrétion albuminoïde de la prostate, réapparaît et est souvent très abondante. S'il se fait de la suppuration, elle est ordinairement due à la pression d'un certain nombre de follicules enflammés, lesquels, placés à proximité les uns des autres, se sont confondus en une cavité unique. Le pus se fait fréquemment jour dans l'urèthre, mais quelquefois l'ouverture se fait dans le rectum. Dans les deux cas, l'évacuation du pus apporte au malade un grand soulagement.

Dans la plupart des cas, la prostate reste avec un peu d'épaississement fibreux — par hyperplasie de son tissu connectif — qui est souvent le point de départ d'autres troubles, mais ne doit pas être confondu avec l'hypertrophie de ce même tissu et des éléments musculaires, qui se produit si fréquemment à un âge avancé (1).

Une prostatite aiguë peut prendre une marche chronique très pénible pour le malade et devenir incurable. Les mêmes symptômes se prolongent

(1) Zeissl croit que dans tous les cas de blennorrhagie chronique il y a un certain degré de tuméfaction de la prostate. Les individus qui ont eu de très nombreuses blennorrhagies, ou chez lesquels la blennorrhagie a persisté pendant longtemps, seraient sujets à une hypertrophie considérable de la prostate à l'âge de trente-cinq ans, ou même plus tôt, due à l'hypertrophie persistante de cet organe pendant le cours de cette uréthrite prolongée. Sur 2,041 cas de blennorrhagie admis à l'hôpital de l'Antiquaille de Lyon, dans le service de Dron, la prostatite n'a été observée que trois fois (Hill et Cooper, *op. cit.*, p. 530). Ce chiffre est certainement très faible, et est dû, selon toute probabilité, à une erreur de diagnostic, ou à ce qu'on a classé cette affection sous un autre nom.

sous une forme modifiée et très atténuée; la douleur est remplacée par une sensation de pesanteur et de plénitude; la miction est un peu plus fréquente qu'à l'état normal et se fait sans énergie, les dernières gouttes sortant en bavant; on peut faire sortir de l'urèthre un liquide mucoïde semblable à du blanc d'œuf non cuit par une pression profonde d'arrière en avant, et le même écoulement se montre au méat après chaque défécation. Par le toucher rectal, on trouve la glande un peu hypertrophiée, et légèrement douloureuse à la pression.

Comme il est désirable dans ce cas, comme dans quelques autres, de bien reconnaître le caractère de l'écoulement ainsi que son point d'origine, on fera bien d'avoir recours à une bougie à boule, en se souvenant que les symptômes aigus sont éteints, et qu'il n'y a que peu de danger de rallumer l'uréthrite. La bougie, dont la tête doit être assez grosse pour remplir l'urèthre, doit être enfoncée jusqu'à la jonction des portions spongieuse et membraneuse, puis retirée. Si elle ramène, comme c'est probable, du muco-pus de la portion antérieure de l'urèthre, il faut l'essuyer et réintroduire l'instrument jusqu'au col de la vessie. En le retirant, on trouvera ordinairement une certaine quantité de pus prostatique sur le rebord de la boule. Le contact de l'instrument éveille généralement de la douleur, et le degré de cette douleur fournira une indication précieuse pour le traitement; il faudra donc en tenir grand compte.

Les symptômes psychiques provoqués par cette affection sont souvent les plus graves. Nous en reparlerons quand nous examinerons les suites de la blennorrhagie.

CYSTITE.

Un degré plus ou moins marqué de cystite du col accompagne souvent la prostatite aiguë; elle se révèle par une augmentation de la dysurie et l'apparition d'une goutte ou deux de sang à la fin de la miction. Cette prostatocystite, qu'on rencontre habituellement dans la blennorrhagie, peut disparaître sous l'influence du traitement, ou peut se transformer en une cystite du col aiguë franche. Dans ce cas (*Cystite blennorrhagique*), on observe certains symptômes bien marqués, dont le principal est la fréquence de la miction, le malade étant incapable de garder son urine plus de quelques moments, et le besoin de l'expulser devenant intense et irrésistible au moindre délai; un ténésme vésical

excessif à la fin de l'acte, caractérisé par une sensation de brûlure au lieu d'un sentiment de soulagement; l'écoulement de sang et de pus suivant celui de l'urine, dont les dernières parties sont troubles ou laiteuses. Il y a peu de symptômes généraux, peu ou pas de fièvre, pas de frissons, et une altération très légère de la santé générale, à moins que l'affection ne se prolonge. Le diagnostic entre la prostatite et la cystite, qui sont les seules complications de la blennorrhagie susceptibles d'être confondues, peut être fait en tenant compte des différences suivantes :

PROSTATITE.	CYSTITE.
Moins fréquente qu'un léger degré de cystite.	S'observe à un faible degré, peut-être dans le quart des cas.
Douleur périnéale et rectale.	Un peu de douleur possible du périnée à la pression; mais pas de douleur rectale.
Douleur violente et pulsative, exaspérée par la défécation.	Douleur brûlante, non modifiée par la défécation.
Douleur non augmentée à la fin de la miction.	Douleur intense au moment du passage des dernières gouttes d'urine.
Ténésme non constant.	Ténésme constant et intense très caractéristique.
Jet d'urine diminué en dimension.	Dimensions du jet pas toujours modifiées.
Rétention d'urine commune.	Rétention d'urine rare.
Urine peu altérée en apparence.	Urine trouble et visqueuse, les dernières gouttes mélangées de sang.
Toucher rectal indiquant de l'hypertrophie et une grande sensibilité de la prostate.	Rien de semblable.

Deux conditions pathologiques, selon M. Reginald Harrison, simulent la prostatite aiguë : la première est l'inflammation et la suppuration du pourtour de la portion membraneuse de l'urèthre, conséquence de l'uréthrite; la seconde est l'inflammation et la thrombose des veines du plexus prostatique. Le diagnostic entre la première de ces altérations et la prostatite repose surtout sur la situation du gonflement, qui dans ce cas est périnéale, tandis que dans la prostatite il est difficile d'imaginer comment la tuméfaction pourrait envahir la région du périnée. Elle ne se montre certainement pas en ce point dans l'hypertrophie sénile. Quand la suppuration se produit, le pus peut se jour faire par le périnée, quand il provient d'une péri-uréthrite;

mais jamais quand il vient d'une prostatite (1).

L'autre affection serait rare. M. Harrison, qui en a vu seulement deux cas, dit qu'on observe d'abord un œdème du prépuce dû à la thrombose de la veine dorsale du pénis. Dans les deux cas il survient au bout de quelques jours un sentiment de pesanteur au périnée, de la fréquence de la miction et de la gêne rapportée au col vésical. Le toucher rectal aurait montré que ces symptômes ne tiendraient pas à l'inflammation de la glande, mais à l'extension de l'engorgement veineux au plexus prostatique.

Je n'ai jamais observé de cas semblables, et je ne crois pas que le *toucher rectal* puisse indiquer avec quelque précision l'état des veines qu'on suppose atteintes. D'un autre côté, une prostatite folliculaire superficielle donne souvent naissance à une tuméfaction générale de la glande et à peu ou pas de sensibilité à la pression rectale, tandis qu'en même temps elle produit tous les symptômes ci-dessus mentionnés. Il est probable que des autopsies pourraient seules déterminer l'existence ou la non-existence de cette phlébite prostatique.

Ces complications appartiennent dans la majorité des cas à la dernière partie de la période stationnaire de la blennorrhagie, laquelle dure de une à deux semaines, rarement plus longtemps, et pendant laquelle les symptômes aigus du premier stade, l'ardeur dans la miction, la corde, etc., restent à peu près ou entièrement sans modifications.

Symptômes et complications de la troisième période, ou période de décroissance.

La miction devient moins douloureuse et moins fréquente; l'écoulement plus terne, aqueux et moins abondant, ou cesse tout à fait; les érections ne sont plus d'une fréquence anormale, et ne donnent plus lieu à une incurvation du pénis et à de la douleur. Si quelque'une des

(1) Les points de ressemblance entre ces deux affections sont bien marqués : « Dans les deux il y a une interruption ou une altération du caractère de l'écoulement uréthral; dans les deux il y a un sentiment de pesanteur et de douleur au périnée; dans les deux il y a de la dysurie, pouvant aller jusqu'à la rétention; et dans les deux le toucher rectal indique de la tuméfaction et provoque beaucoup de douleur. Cette exploration est si pénible qu'elle reste souvent imparfaite, d'où une erreur de diagnostic possible dans la détermination du siège de la tuméfaction. » (*Med. Times and Gaz.*, 2 juillet 1881.)

complications ci-dessus décrites a existé, les dernières traces en disparaissent, et le malade retrouve une santé parfaite.

Mais jusqu'à ce que ce moment soit atteint, tant que quelques-uns des symptômes de l'urétrite subsistent encore, il y a certains dangers à éviter et des difficultés sérieuses peuvent se présenter.

ÉPIDIDYMYTE.

La principale de ces complications, par sa fréquence, est l'épididymite, qui survient ordinairement la cinquième ou sixième semaine, quelquefois beaucoup plus tôt, rarement à la fin du second mois, ou dans le troisième mois. Dans la grande majorité des cas elle résulte évidemment de l'extension de l'inflammation uréthrale le long des canaux éjaculateurs et du canal spermatique à l'épididyme lui-même (1). Dans d'autres, ce rapport entre l'inflammation originelle et l'épididymite n'est pas apparent, et diverses théories ont été proposées pour expliquer ce phénomène (2). La sympathie qui existe entre les différentes parties du système génito-urinaire, la métastase, les actions réflexes et d'autres hypothèses, sont toutes mauvaises, et, il me semble, inutiles. L'absence de preuve nécropsique ou clinique concluante que le canal déférent est la voie de transmission dans presque tous les cas s'explique facilement, si on se rappelle, d'une part, que la mort, quand elle se produit à cette période, est due à des maladies intercurrentes et est exceptionnelle, et, d'autre part, qu'il n'est pas rare qu'une inflammation se

(1) M. Terrillon affirme (*Progrès méd.*, 29 janv. 1881) que l'inflammation siège principalement dans le tissu cellulaire entourant l'épididyme, plutôt que dans l'organe lui-même.

(2) Le Dr Otis, dans une leçon clinique sur l'épididymite (*Boston med. and surg. journal*, 28 nov. 1878), après avoir appelé l'attention sur l'association de cette affection avec les rétrécissements de large calibre, ajoute : « Ces rétrécissements sont capables de produire des épididymites à répétition de différents degrés, depuis ces épididymites qui déterminent un léger degré de gonflement et de douleur jusqu'aux formes les plus aiguës. Mes propres observations me conduisent à croire que les formes légères, un certain degré de sensibilité habituelle et de gonflement, différents degrés d'hydrocèle, sont le résultat de l'irritation réflexe transmise d'un point rétréci, et que les attaques d'épididymite aiguë sont dues à l'extension de l'inflammation le long du canal déférent, comme dans l'épididymite, qui accompagne la blennorrhagie ordinaire. »

propage rapidement à la surface des muqueuses, sans laisser de trace derrière elle (1).

Si l'épididymite avait pour origine une métastase ou une irritation sympathique ou réflexe, il serait difficile de comprendre pourquoi l'inflammation s'arrête à l'épididyme qui est un conduit excréteur et une partie comparative-ment accessoire du testicule, et épargnerait la portion sécrétante de la glande. Les premiers symptômes indiquent ordinairement plus ou moins clairement la marche de l'affection ; les preuves cliniques et la période à laquelle l'affection se développe dans la grande majorité des cas, ces faits joints aux preuves expérimentales, suffisent parfaitement à expliquer la production de l'épididymite de la manière que nous venons d'indiquer. Le premier symptôme qui attire l'attention du malade est une douleur, quelquefois du caractère des névralgies, le long de l'aîne, se faisant sentir plus souvent du côté gauche (2). Si à ce moment on saisit la corde entre le pouce et l'index, et si on la fait rouler comme pour en isoler les parties constituantes, on trouvera le canal déférent augmenté de volume à un léger degré ordinairement, mais quelquefois de trois ou quatre fois son diamètre normal ; on le trouve également sensible à la pression (3). Quelquefois, mais rarement il est insensible, et alors souvent la douleur inguinale est simplement névralgique, et aucun trouble n'en résulte. Cependant si l'inflammation progresse et si l'épididyme se

(1) En 1871, MM. Gombault et Terrillon ont fait l'autopsie d'un jeune homme de 19 ans, qui mourut d'une maladie intercurrente dans le cours d'une blennorrhagie. Ils trouvèrent le canal déférent, dans toute son étendue, rempli des produits d'une inflammation catarrhale, rouge, gonflé et injecté ; il n'y avait pas encore d'épididymite.

(2) Jullien a réuni 2,158 cas d'épididymite, dont 1,011 étaient situées du côté droit, 982 du côté gauche, et 165 doubles (*Traité pratique des Maladies vénériennes*, Paris 1879, p. 104). « Sur 1,342 cas observés par Sigmund, de Vienne, le testicule gauche était affecté dans les deux tiers des cas. » (Bumstead et Taylor, *Treatise on ven. dis.*, p. 133.)

(3) M. Terrillon (*Bull. de la Soc. de ch.*, 1881, n° 2) distingue quatre degrés différents dans l'inflammation du canal déférent, quand la maladie est provoquée expérimentalement : 1° la membrane muqueuse est seule malade ; 2° plus fréquemment les parois musculaires sont également intéressées ; 3° le tissu cellulaire du cordon est atteint ; 4° le tissu connectif général et le scrotum sont enflammés. Il pense que la seule théorie soutenable de l'épididymite est celle qui l'attribue à la propagation de l'inflammation le long des canaux éjaculateurs et du canal déférent.

prend, cette douleur préliminaire est bientôt suivie d'un sentiment de poids et de douleur sourde dans le testicule, qui augmente de volume et forme rapidement une masse pourpre excessivement douloureuse (1). Cette douleur a un caractère tout particulier, elle rappelle l'état nauséux, ce qui contribue grandement à l'aggraver.

Le malade, surtout quand le testicule n'est pas soutenu et tire sur le cordon, marche un peu courbé, les jambes écartées, dans une attitude contrainte, presque pathognomonique. L'effet mécanique de la tumeur sur les vaisseaux spermatiques gêne le libre retour du sang du testicule et augmente la tension, et la pression qu'elle exerce sur les nerfs augmente la douleur qui, quelquefois, s'irradie aux aines, dans l'abdomen, sur les cuisses, et jusqu'à la région thoracique, et est presque insupportable. Il y a ordinairement plus ou moins de fièvre, et une grande anxiété et dépression mentale. Sous l'influence d'un traitement approprié, les symptômes cèdent en quelques jours, mais le gonflement ne disparaît que peu à peu ; une petite portion de la queue de l'épididyme reste souvent même indurée toute la vie. Dans les cas où l'affection a été négligée, le testicule lui-même s'enflamme, ce qu'on reconnaît à un accroissement de volume de la tumeur, à la diffusion uniforme du gonflement qu'on ne peut plus limiter derrière le scrotum, à la sensibilité à la

pression et à la persistance de la douleur, des nausées, etc., en dépit du traitement qui soulage ordinairement (2).

Dans un plus petit nombre de cas encore, il se fait de la suppuration dans le tissu cellulaire sous-cutané, sur une large étendue du scrotum. Cette terminaison de l'épididymite résulte ordinairement d'un traitement mal entendu ; on l'observe chez les individus épuisés et alcooliques de l'hôpital ou des dispensaires. Je n'ai vu que très peu d'exemples des nombreuses suites qu'on attribue à l'épididymite. Une sensibilité persistante dans la région de l'épididyme est très commune, mais une véritable névralgie du testicule, présentant cette atroce douleur qui lui est propre, doit être bien rare, car je n'ai jamais vu d'exemples de névralgie testiculaire qui puisse être rapportée à l'épididymite. Il est certain que l'induration persistante de la queue de l'épididyme, laquelle consiste en un simple canal pour le passage du sperme, peut gêner ou complètement entraver l'exercice de la fonction, et que, si les deux testicules sont atteints, il peut en résulter une stérilité plus ou moins durable. Pourtant toutes les apparences de la virilité peuvent rester et restent habituellement ; il n'y a pas de diminution dans les désirs vénériens, ni dans la faculté d'accomplir l'acte sexuel, lequel détermine une émission de fluide provenant principalement de la prostate et des vésicules séminales, et accompagné des sensations

(1) Dans des cas exceptionnels, un malade qui a la blennorrhagie peut présenter une hernie inguinale complète, ou peut voir se développer, après un coup reçu accidentellement sur le scrotum, une tumeur douloureuse, dont le diagnostic offrira quelques diffi-

cultés. Le tableau suivant de M. Christophe Heath représente parfaitement les différences qu'on observe entre la complication de la blennorrhagie et les autres affections avec lesquelles elle peut être confondue :

HERNIE ÉTRANGLÉE.	HÉMATOCÈLE.	ORCHITE OU ÉPIDIDYMYTE.
Apparue soudainement, ou soudainement étranglée, quand elle existait auparavant.	Produite soudainement par une violence extérieure.	Développée peu d'heures après un coup, ou consécutive à une blennorrhagie.
Douleur dans l'aîne et dans l'abdomen, avec état de dépression général considérable et anxiété du visage.	Douleur dans le scrotum ; dépression générale légère après les premières minutes.	Douleur dans le scrotum et le long du cordon jusqu'aux lombes ; fièvre.
Tumeur tendue et donnant la sensation de l'intestin au toucher ; peau normale.	Tumeur tendue et lourde, globuleuse, non transparente ; peau souvent lésée.	Tumeur excessivement sensible au toucher ; cordon épaissi ; peau rouge.
Impulsion déterminée par la toux perçue à l'aîne, plus remplie que d'habitude, mais cessant brusquement au niveau de la strangulation.	Pas d'impulsion à l'aîne, laquelle est dans un état parfaitement normal.	Pas d'impulsion par la toux.
La percussion de la tumeur donne un son clair, sauf dans les hernies épiploïques.	Matité à la percussion.	Matité à la percussion.
Vomissements probables, continuels, et pouvant être fécaloïdes.	Vomissements immédiatement après l'accident, mais ne durant pas.	Nausées et faiblesses, mais vomissements rares.

(2) Sigmund (cité par Hill) a trouvé, sur 1,342 cas, l'épididyme seul malade 61 fois ; l'épididyme et le cordon, 108 fois ; l'épididyme et la tunique vaginale, 856 fois ; ces trois organes en même temps, 317 fois.

Dans les 726 cas de Dron, le corps du testicule n'a été atteint que 10 fois ; et dans les 226 cas de Hardy, il n'a été atteint que 9 fois.

normales. En d'autres termes, le malade, quoique stérile par le fait de l'absence de spermatozoïdes dans le sperme, n'est nullement impuissant. Le temps et des médicaments appropriés font souvent disparaître cette induration, au moins dans une mesure qui permet la réapparition dans le sperme d'un petit nombre de spermatozoïdes, et par conséquent rend l'individu de nouveau propre à avoir des enfants. Le pronostic sous ce rapport doit être réservé (1).

Le fait que le testicule gauche est atteint deux fois plus souvent que le droit est attribué à sa situation ordinairement plus déclive, et à ce que par conséquent il est moins bien soutenu par le scrotum. C'est cependant plutôt l'effet de la position de la veine spermatique gauche derrière l'Siliaque, point où elle est spécialement exposée à la compression, et aussi de sa communication indirecte avec la veine cave, par l'intermédiaire de la veine rénale, avec laquelle elle s'abouche à angle droit, la veine spermatique droite se jetant dans la veine cave sous un angle aigu. La veine spermatique gauche de plus est dépourvue de valvule à son point d'entrée dans la veine rénale. Ces dispositions anatomiques sont suffisantes pour produire une congestion locale, cause prédisposante puissante à des attaques inflammatoires. On peut voir et on voit souvent, comme résultat de la pression exercée sur les vaisseaux afférents par les produits inflammatoires, ou comme conséquence de l'extension de l'action inflammatoire elle-même, une *hydrocèle aiguë* venir compliquer l'épididymite, ajoutant encore au volume de l'organe déjà tuméfié, et augmentant le sentiment de tension tant pour le malade que pour le chirurgien. Cette hydrocèle ne réclame pas de traitement spécial, et disparaît ordinairement quand la période de déclin est atteinte.

PYÉMIE ET CELLULITE PELVIENNE.

La *pyémie*, suite de la blennorrhagie, et la *cellulite pelvienne*, due à l'extravasation de l'urine par rupture d'un abcès blennorrhagique péri-urétral, sont des accidents possibles, et en

(1) Gosselin, Curling, Liégeois, Godard et Terrillon, Hill, Bumstead, Lebert et d'autres sont tous d'avis que l'épididymite double, dans la grande majorité des cas, est suivie de stérilité par absence de spermatozoïdes dans le sperme, et présente très peu de chance de guérison complète. Dans 117 cas de cette espèce, que j'ai pu réunir de différentes sources, 13 seulement sont notés comme ayant éprouvé quelque amélioration du fait du traitement.

dépôt de leur extrême rareté, doivent être présents à l'esprit. La *péritonite* est également très exceptionnelle. J'ai vu cette complication dans un seul cas dont voici le résumé (1):

R. K., âgé de 23 ans, souffrant d'une première attaque de blennorrhagie, était dans la seconde semaine de la maladie, et tout marchait bien, quand il sentit tout d'un coup une douleur dans l'aîne et le long du trajet du cordon; cette douleur me fit penser qu'il allait avoir une épididymite. Mais, au lieu de voir le testicule gonfler, le malade sentit la douleur s'irradier de l'aîne à toute la surface de l'abdomen, qui devint bientôt tendu, presque tympanitique et sensible au toucher. A partir de ce moment, il présenta tous les symptômes de la péritonite aiguë, qui mit sa vie en danger pendant quelques jours et fut soumise au traitement ordinaire. Le Dr Wood le vit avec moi à ce moment. Pendant la décroissance de la péritonite survint un léger degré d'épididymite. Le point le plus intéressant de cette observation fut la découverte d'une petite hydrocèle congénitale, qui, étant réductible, avait été prise pour une hernie, un bandage ayant été appliqué sur l'ordre d'un médecin. Cette particularité expliquait très clairement l'étiologie de la péritonite, la communication entre la cavité péritonéale et la tunique vaginale étant restée ouverte, et permettant une extension facile de l'inflammation du canal déférent au péritoine par le tissu cellulaire environnant. Quelques semaines après la guérison complète, il n'y avait plus trace de l'affection (2).

Ces complications se rencontrent surtout, quoique d'une manière exclusive, dans les blennorrhagies de la première variété, les blennorrhagies inflammatoires aiguës.

Nous pouvons examiner maintenant cette forme de blennorrhagie désignée sous le nom de blennorrhagie *subaiguë* ou *catarrhale*.

(1) Hill et Cooper citent (*Op. cit.*, p. 546) trois cas de pyémie terminés par la mort; dans ces trois cas, il y avait de la phlébite du plexus prostatique, et la membrane muqueuse urétrale était intacte. Agnew rapporte un cas de mort (*Principles and practice of surgery*, vol. II, p. 468), chez un homme exceptionnellement robuste.

(2) On a rapporté quelques cas de péritonite compliquant l'épididymite. Dans la majorité de ces cas, le rapport entre les deux maladies n'est pas démontré d'une manière satisfaisante. Dolbeau et Terrillon ont chacun rapporté un cas, dans lequel une péritonite mortelle suivit une épididymite blennorrhagique ayant atteint un testicule non descendu. MM. Godard, Peter et Gosselin ont publié des cas, dans lesquels l'examen nécroscopique démontra l'extension de l'inflammation le long du cordon spermatique à l'abdomen et au péritoine.

BLENNORRHAGIE SUBAIGUE OU CATARRHALE.

Cette forme se présente le plus communément chez les individus qui ont déjà eu des blennorrhagies; c'est un exemple de la tendance manifestée par toutes les muqueuses à s'enflammer sous l'influence d'une provocation légère, quand elles se sont enflammées une fois. Ce fait se remarque particulièrement dans l'urètre pour différentes raisons: le canal livre périodiquement passage à l'urine qui est particulièrement susceptible, par les changements de sa composition, de devenir un irritant: il est exposé, pendant l'érection, à une congestion intense de tous ses vaisseaux, et l'inverse est également vrai, une irritation ou une congestion de l'urètre le prédisposant aux érections; la pesanteur, la richesse vasculaire relativement excessive de la région, et l'absence de résistance extra-vasculaire due à la mollesse du tissu spongieux, tout favorise la persistance des dilatations et congestions vasculaires laissées après une première attaque de blennorrhagie. Le rapprochement des surfaces muqueuses, pendant les intervalles des mictions, n'est pas favorable à la disparition des granulations ou des autres reliquats inflammatoires. Pour ces raisons et d'autres, il y a comparativement peu de jeunes gens dans le nombre immense de ceux qui ont eu la blennorrhagie, qui échappent à de nouvelles attaques; les causes prédisposantes persistent en effet, bien que généralement de nouvelles causes d'irritation, comme le contact du fluide menstruel ou leucorrhéique, soient nécessaires pour déterminer l'apparition de symptômes un peu marqués.

Un malade avec cette variété d'urétrite se présente au chirurgien, un temps variable après des rapports suspects ou inhabituels, avec un écoulement muco-purulent ou purulent. Il se plaint d'une douleur très légère, quelquefois même seulement d'une sensation de chaleur pendant la miction; il peut même ne pas y avoir de douleur du tout. Le phénomène de la *corde* ne se produit pas ou est très peu marqué, il n'y a pas d'irritation de la vessie, et les complications que nous connaissons sont excessivement rares. La seule affection avec laquelle cette forme peut être confondue, est le chancre urétral, dont il ne faut jamais perdre de vue la possibilité.

Le diagnostic entre le chancre infectant de l'urètre et la blennorrhagie peut être fait en tenant compte des points suivants:

CHANCRE URÉTHRAL.

Les symptômes apparaissent après une période d'incubation rarement moindre de dix jours, souvent de deux ou trois semaines.

Les symptômes sont confinés au méat ou à son voisinage immédiat.

Ardeur dans la miction sentie seulement aux lèvres du méat; pas de corde.

Écoulement modéré, jamais purulent, souvent sanguinolent.

Induration perceptible au toucher, intéressant ordinairement une seule lèvre du méat.

Gonflement constant du chapelet des ganglions inguinaux, qui sont indolents, mobiles, et ne suppurent presque jamais.

Presque toujours, on aperçoit une ulcération de la muqueuse.

Symptômes généraux après six à huit semaines.

Emploi de la seringue douloureux au méat.

URÉTHRITE.

Les symptômes apparaissent au bout de vingt-quatre heures à une semaine, rarement après un intervalle plus long.

Ils commencent au méat, mais s'étendent un peu en arrière.

Ardeur dans la miction sentie le long de l'urètre; souvent corde.

Écoulement plus abondant, nettement purulent (1), moins souvent sanguinolent.

Pas d'induration.

Il n'y a jamais qu'un ganglion de pris, quand il y en a; il suppure souvent.

Pas d'ulcération appréciable.

Pas de symptômes constitutionnels.

Emploi de la seringue non douloureux ordinairement.

Sous l'influence du traitement, l'écoulement diminue rapidement, jusqu'à ce qu'on ne constate plus qu'une goutte ou deux de muco-pus, et cela principalement le matin. Ce symptôme peut persister en dépit de tous les efforts pour le faire cesser, et est peut-être la conséquence la plus tenace et la plus désagréable, en raison de cette persistance, de cette forme de blennorrhagie.

Il y a pourtant quelques complications qui, bien qu'elles puissent apparaître également pen-

(1) Le Dr J. Nevius Hyde établit positivement que « quand un individu présente un écoulement nettement purulent, sans symptômes coïncidents de syphilis, on peut le déclarer à l'abri de tout danger de ce côté, quand la période d'incubation du chancre syphilitique est déjà dépassée. Le chancre intra-urétral ne peut jamais être pris pour une blennorrhagie; les deux affections sont si distinctes que le diagnostic peut être parfaitement établi sans l'aide de l'endoscope. » (*Chicago med. Journ.*, août 1880.)