

APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

I

LE NOYAU ÉPIDIDYMAIRE EN CLINIQUE

En présence d'un noyau épидидymaire chronique, localisé à la queue; quels moyens avons-nous de reconnaître sa nature?

Le *siège* à la queue n'exclut que la syphilis.

L'*insidiosité* appartient aussi bien à la blennorragie qu'à la syphilis. La *douleur* n'a de rapports qu'avec l'acuité du processus. L'*adhérence*, signe habituel de tuberculose, n'est que tardive. Les *bosselures* manquent parfois. La *déférentite* se voit dans la tuberculose et la blennorragie.

Importance de l'examen des vésicules séminales, de la prostate et de l'urètre. Là se trouvent les éléments les plus sérieux du diagnostic.

L'épididyme s'infecte aussi par voie sanguine; observation d'une épидидymite syphilitique secondaire, reconnaissable à sa localisation à la tête, à la bilatéralité.

MESSIEURS,

Le hasard fait quelquefois bien les choses : il constitue parfois en clinique, des séries très utiles à l'enseignement. C'est ainsi que nous avons, en ce moment, plusieurs malades atteints d'affections diverses du testicule. L'un était atteint d'un sarcome, et je l'ai opéré avant hier. Plusieurs autres, au contraire, n'ont que des affections d'ordre purement inflammatoire et localisées ou prédominantes sur l'épididyme.

A palper le noyau épидидymaire, dont ils sont porteurs, à ne considérer que la lésion objective elle-même, on croirait volontiers qu'ils sont atteints d'une épидидymite de même nature : il n'en est rien, l'histoire de ces malades, les commémoratifs, l'examen minutieux et attentif montre chez l'un une épидидymite blennorragique, chez l'autre une épидидymite tuberculeuse, chez le troisième enfin, une épидидymite syphilitique.

J'ai pensé devoir utiliser pour votre instruction un assemblage de pareilles lésions; et nous étudierons, à cette occasion, le diagnostic des épидидymites.

Quelque banale que soit cette affection, il est indispensable de savoir en reconnaître la nature : je dirais même qu'il est d'autant plus utile de voir juste et vite que l'affection est d'observation plus courante et se présentera plus souvent à votre examen.

Que de fois n'ai-je pas vu une épididymite blennorragique prise pour une épididymite tuberculeuse ? L'erreur est déjà bien grave par le trouble légitime qu'elle apporte au moral du malade : elle l'est encore bien davantage lorsqu'elle conduit à une opération inutile.

Un jour, je voyais entrer chez moi un jeune confrère de Paris, désolé : depuis plusieurs mois il portait une épididymite à gauche, elle était venue insidieusement en dehors de toute provocation blennorragique, et sans réaction inflammatoire. Le canal déférent lui-même commençait à s'indurer, et notre jeune confrère, après avoir demandé plusieurs avis, qui tous avaient été : tuberculose, venait à moi pour chercher une parole de consolation. Et à l'examen, quelque torpide que me parut le noyau épididymaire, je voulus approfondir l'état de l'urètre ; il y avait eu blennorragie deux ans auparavant, et dans l'urine il y avait encore quelques filaments ; je les examinai. J'y trouvai des gonocoques, je provoquai même un écoulement pour être bien sûr que je n'étais pas trompé. Et je retrouvai dans une goutte matinale des gonocoques si évidents, que je rectifiai le diagnostic tuberculose par celui de blennorragie. Ceci se passait il y a trois ans, et aujourd'hui le jeune confrère ne m'en voudra pas de citer cette histoire instructive.

Même erreur sur un malade qu'un confrère du Nord m'envoyait, il y a trois ans : « épididymite à droite, me disait-il, de nature suspecte ; je veux l'enlever, le malade est consentant, mais il veut, avant, prendre un avis ». Et après examen, je dus encore réformer un diagnostic erroné : une urétrite latente avait causé une épididymite à répétition, troublante par sa persistance, inquiétante par ses allures torpides. Et il était question d'épididymectomie. Quelques lavages de l'urètre firent plus et mieux que n'aurait fait la plus aseptique des opérations.

Ce sont des problèmes de ce genre qui se posent à propos des malades dont je vais vous parler : ils sont tous venus pour être opérés, et ce n'est qu'après examen attentif que des différences très sérieuses ont pu être établies entre eux.

I.

Au numéro 5 de la salle Saint-Landry, vous voyez d'abord un jeune homme de vingt ans ; il vient pour un noyau épididymaire à droite.

En effet, au-dessous du testicule, on sent la queue de l'épididyme indurée, l'induration n'est pas douloureuse, elle est régulière, non bosselée, se continue insensiblement avec la tête intacte de l'épididyme. La vaginale n'a pas de liquide, le testicule de ce côté n'est pas modifié, le cordon est souple, le canal déférent indemne : de l'autre côté, pas de lésions reconnaissables.

Voici deux mois que cette induration est survenue ; il y a deux ans, ce malade a eu une blennorragie aiguë, et à la suite, une orchite double. Tout cela guérit dans l'espace de quelques semaines, et du côté des testicules, n'était restée aucune trace de la maladie ancienne. L'écoulement avait disparu, et notre homme n'avait plus été préoccupé de ce côté, jusqu'au jour où une certaine gêne ressentie dans le testicule droit, lui annonça qu'il se passait là quelque chose de nouveau.

Ce noyau, quel est-il ? est-il inflammatoire ? est-il tuberculeux ? J'examine la prostate, les vésicules séminales ; je n'y vois rien de suspect, c'est déjà une présomption.

J'examine ensuite l'urètre : je n'y vois rien, rien. Je remets l'examen au lendemain : je prie le malade de rester sans uriner jusqu'au moment de la visite, et inspectant l'urètre à ce moment, je ramène une goutte opaline, pâle, mais une goutte après tout bien nette. On la recueille, on l'examine, elle est gonococcique. Et le diagnostic s'éclaircit après cette série d'épreuves compliquées : urétrite latente, épididymite torpide, insidieuse.

J'ai gardé ce malade quelques jours pour vous permettre de le comparer au suivant : il ira bientôt compléter en ville son traitement de lavages et d'injections urétrales.

Voyez maintenant le second malade, voisin de celui-ci, puisqu'il occupe le lit n° 5 bis de la même salle Saint-Landry. A première vue, ils sont semblables, et cependant, j'ai porté sur ce dernier un diagnostic différent.

Ce malade, âgé de vingt-deux ans, est entré ici le 22 avril, pour une orchite à gauche.

En fait, il s'agissait d'une épididymite : à gauche, il y a un noyau

au niveau de la queue de l'épididyme. Il est plus gros que chez le premier, son volume atteint celui d'une amande, il se continue, lui aussi, avec la tête de l'épididyme, peut-être un peu plus dure que chez le voisin. Le noyau est dur, régulier, indolent, il se détache bien du testicule, dont le sépare un sillon bien accentué. La peau n'adhère pas à sa surface, le testicule est sain, la vaginale sans liquide, le déférent non bosselé, et enfin le testicule de l'autre côté est absolument sain.

Ici encore, nous nous posons la question: tuberculose ou blennorragie?

Le 15 mars, c'est-à-dire il y a à peu près six semaines, le malade avait eu un échauffement, une goutte le matin et dans la journée: il avait à ce moment quelques violentes envies d'uriner, et tout cela ressemblait bien à une chaude-pisse aiguë.

Cependant, j'examine la prostate et je trouve dans ces régions profondes, des lésions énormes, dont rien ne faisait soupçonner la présence, et qui tranchent tout de suite mes hésitations dans le sens de tuberculose. La vésicule séminale du côté gauche est énormément augmentée de volume, bosselée, irrégulière: elle fait une grosse saillie du côté du rectum, se continue avec une prostate dont toute la moitié correspondante est irrégulière aussi et bosselée. A droite, je ne garantis pas l'intégrité de la vésicule, mais ses lésions, s'il y en a, sont minimes, par rapport à ce qu'elles sont de l'autre côté, et je me sens autorisé à ne pas en tenir compte. Des modifications importantes comme celles-ci ne se voient que dans la tuberculose, et leur constatation seule suffit, à mon avis, à trancher le diagnostic.

Je disais donc: épididymite bacillaire. Le sujet, d'ailleurs, sans avoir de lésions pulmonaires appréciables, avait des antécédents très nets: sa mère est morte, lorsqu'il avait dix ans, de la poitrine, et un de ses frères est mort de méningite, en bas âge.

Voilà donc deux malades, Messieurs, qui objectivement, nous présentent une même lésion, une induration, un noyau dans l'épididyme: chez l'un et l'autre le noyau est torpide, indolent, régulier: je dis chez l'un blennorragie. Je dis chez l'autre: tuberculose. Pourquoi? Comment?

II

Le problème à discuter, la question à résoudre est la suivante: étant donné un noyau localisé ou prédominant à la queue de l'épididyme, quels moyens avons-nous de définir sa nature?

Le *siège* de l'induration, sa localisation exclusive ou prédomi-

nante à la queue de l'épididyme a déjà une valeur que je tiens à souligner: cela veut dire que l'inflammation est venue au testicule par la voie canaliculaire, que c'est une infection ascendante et déférentielle. Le testicule est en connexion avec le reste de l'économie par deux éléments, par ses vaisseaux et par son canal déférent; par ses vaisseaux, il reçoit certaines infections, comme l'infection ourlienne, par exemple, et alors c'est le testicule lui-même, c'est-à-dire l'organe dans lequel se répand l'artère spermatique, qui est pris. Il y a orchite ourlienne et non épididymite, parce que les principales ramifications de la spermatique diffusent l'infection dans le testicule lui-même: l'épididyme est intact.

Au contraire, qu'une infection remonte le cours du canal déférent et arrive au testicule, cette infection, en quittant le déférent, traverse avant tout l'épididyme, et dans l'épididyme, la queue; elle s'y localise, et nous pouvons conclure d'une inflammation localisée à la queue de l'épididyme, qu'elle est d'origine canaliculaire.

Or, quelles sont les infections canaliculaires du testicule, quelles sont celles qui lui viennent toujours en passant par l'épididyme? Ce sont la *blennorragie* et la *tuberculose*; la syphilis est à part, elle vient au testicule par la voie sanguine seule; j'y reviendrai plus tard. Mais pour la blennorragie et la tuberculose, il n'y a pas de doute: ce sont des infections canaliculaires.

En ce qui concerne la blennorragie, la chose est depuis longtemps démontrée et admise. Pour la tuberculose, cette pathogénie, quoique moins classique, ne me semble pas contestable. J'aurai sans doute l'occasion de développer plus tard cette question, mais dès ce moment, je veux vous rappeler que des lésions de tuberculose préexistent presque toujours dans la prostate et dans les vésicules séminales, que le déférent est souvent pris seul, et de haut en bas, enfin, que la tuberculose épididymaire est toujours localisée et prédominante au niveau de la queue. La tuberculose aborde donc le testicule par l'intermédiaire de son canal déférent, et j'avais des raisons de dire que le siège même du noyau avait déjà une réelle valeur, puisqu'il localisait à deux hypothèses le diagnostic à discuter: blennorragie et tuberculose.

L'insidiosité du noyau, sa torpeur, si je puis dire, la lenteur avec laquelle il se constitue, le peu de réaction qu'il développe, tout cela ne peut être invoqué, comme on le croit trop souvent, comme cela même est écrit quelquefois, en faveur de la tuberculose; tout cela, au fond, n'a pas grande valeur. La tuberculose crée parfois des épididy-