

mites aiguës : à la blennorragie par contre se rattachent des épидидymites chroniques. A côté de l'épididymite aiguë, que nous sommes habitués à voir au cours de la blennorragie, comme la manifestation la plus commune de la propagation au testicule de l'infection dont l'urètre est le siège, il y a des épидидymites latentes, torpides, qui surviennent sans bruit, s'installent sans réaction et prennent le masque et l'allure de la lésion tuberculeuse. C'est là une notion fondamentale, sur laquelle on n'insiste pas autant qu'elle le mérite. Sans doute, ce n'est pas au cours de la blennorragie aiguë que se voient ces propagations sournoises, mais c'est surtout au cours de la blennorragie chronique, chez les malades qui ont conservé d'une blennorragie disparue, une infection latente, une goutte matinale, méconnue quelquefois, inappréciable pour un œil non prévenu. C'est encore chez les rétrécis qu'on les voit, parce qu'en arrière d'un rétrécissement, même large, se localise, et persiste quelquefois une infection latente, qui, pour atténuée qu'elle soit, n'en est pas moins capable de s'étendre jusqu'au testicule. Et j'ai vu souvent une épидидymite chronique traduire, comme premier symptôme, un rétrécissement jusqu'alors méconnu. La chronicité du noyau, la lenteur avec laquelle il s'est constitué, tout cela n'est donc pas signe de tuberculose, tout cela se voit sans la blennorragie : et ce n'est point là qu'on trouvera la clef du diagnostic.

Il en est de même de la *douleur*, elle n'a aucune valeur pour les cas torpides auxquels je fais allusion. Dans les inflammations épидидymaires, la douleur n'existe que proportionnellement à l'acuité du processus : à l'épididymite aiguë, blennorragique ou tuberculeuse, correspond cette douleur vive, intense, quelquefois intolérable, douleur de tension, de distension, qui ne cesse parfois qu'avec la ponction et les mouchetures de la vaginale. A l'épididymite chronique, qu'elle soit blennorragique ou tuberculeuse, correspond une douleur nulle, à peine une gêne légère ou une pesanteur ; elle n'est pas plus marquée dans la blennorragie que dans la tuberculose, parce que le noyau épидидymaire est par lui-même indolent, la douleur ne se réveille qu'avec la poussée aiguë, elle n'a donc aucune valeur diagnostique.

Et l'*adhérence* ? n'est-ce pas, au contraire, un signe que l'on invoque un peu partout comme symptomatique de la tuberculose, parce qu'il n'est pas considéré comme appartenant à la blennorragie ?

L'adhérence est commune dans la tuberculose, l'adhérence à la

peau d'un noyau froid indique ou la fistule ancienne et guérie, ou la fistule à venir, c'est-à-dire la suppuration imminente. Mais sachez que l'adhérence peut manquer dans les tuberculoses les plus accentuées : elle manque lorsque l'épididyme tuberculeux est loin de la suppuration, torpide, sans infection secondaire. Et ce serait une erreur de rejeter le diagnostic de tuberculose, pour cette seule raison, que la peau n'adhère pas au noyau.

C'est que, ici encore, l'adhérence est beaucoup moins en rapport avec la nature qu'avec la virulence de l'infection et l'intensité de la réaction qu'elle provoque. Dans l'épididymite blennorragique aiguë, il y a toujours adhérence du scrotum à l'épididyme ou au testicule, pour qui sait la rechercher : il en est de même dans la tuberculose épидидymaire aiguë. Au contraire, le noyau chronique n'adhère ni dans la tuberculose, ni dans la blennorragie, quand il est observé à froid, en dehors de toute poussée : il n'adhère que s'il y a menace de suppuration, et comme seule, la tuberculose fait suppurer l'épididyme, l'adhérence devient ainsi l'apanage du noyau tuberculeux. Et vous pouvez conclure d'un noyau froid qui adhère, qu'il est tuberculeux : de ce qu'il n'adhère pas, vous ne pouvez pas, nécessairement, conclure qu'il est blennorragique.

La *fistule* constituée n'est que le terme ultime de l'adhérence, elle a donc la même valeur : le noyau fistuleux est un noyau tuberculeux, parce que seule la tuberculose s'abcède et ouvre ses foyers à l'extérieur. Mais la fistule est loin d'être constante, elle n'est, après tout, que tardive, et si nous attendions pour reconnaître la tuberculose, le moment où la fistule est constituée, il faudrait attendre longtemps.

Avant la fistule, pouvons-nous alors tirer un indice des caractères mêmes du noyau et en particulier de ses *bosselures* ? Oui, dans certains cas : lorsqu'au niveau de la queue de l'épididyme, il est un noyau volumineux avec induration concomitante sur le reste de l'épididyme, lorsque ce noyau est chargé de bosselures grossières évidentes, qui le détachent nettement du testicule, et hérissent sa surface de mamelons irréguliers, vous pouvez sans hésiter dire : tuberculose. Mais une constatation négative ne vous permettra jamais de rejeter ce diagnostic : il est des noyaux tuberculeux, sans bosselures, sans autres irrégularités que celles qui s'étendent presque toujours sur une épидидyme augmentée de volume, et ceux-là sont de tous points comparables aux noyaux blennorragiques. Et dans ce cas, aucun des caractères objectifs ne peut être utilisé pour le diagnostic.

A défaut d'un indice tiré des caractères objectifs du noyau, l'état du cordon et surtout du canal déférent, vous fournira sans doute quelques probabilités. Mais ici encore il faut des caractères très tranchés pour être utilisables : la blennorragie et la tuberculose se propageant à l'épididyme par l'intermédiaire du canal déférent, celui-ci peut être dans un cas comme dans l'autre modifié sur son trajet. La blennorragie et la tuberculose donnent une déférentite, c'est-à-dire un déférent qui se montre au toucher gros, dur et sensible. Mais dans la blennorragie, la déférentite laisse au canal sa régularité, sa forme cylindrique : dans la tuberculose, au contraire, vous trouverez parfois de grosses irrégularités, des bosselures disséminées dans la traversée inguinale sur le trajet du cordon. Et de ce que vous constatez, ces bosselures, vous pouvez conclure à la tuberculose ; mais de ce que le déférent est seulement gros et régulier, vous ne sauriez tirer des conclusions en faveur de la tuberculose contre la blennorragie.

Il faut nous résumer, nous dirons : le noyau épидидymaire qui suppure, qui adhère, qui a des bosselures évidentes, qui suit une déférentite noueuse, est sûrement de nature tuberculeuse : mais le noyau qui ne suppure pas, qui n'a pas d'adhérence, qui n'a pas de bosselures, qui suit un déférent gros, mais régulier, n'est pas nécessairement blennorragique : il peut être tuberculeux ou blennorragique.

La difficulté est reculée, elle n'est pas tranchée, comment la résoudre ?

Pour cela, il est nécessaire de chercher des indices à distance, de demander des renseignements complémentaires à l'examen des *vésicules séminales, de la prostate, et de l'urètre.*

Examinez d'abord par le toucher rectal les vésicules séminales et la prostate : deux éventualités sont possibles suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas de lésions évidentes.

1^{er} cas : il y a dans la prostate ou les vésicules séminales des lésions évidentes, grossières : j'entends ainsi une prostate, non nécessairement augmentée de volume, mais bourrée de noyaux, surtout sur ses bords. J'entends encore une vésicule séminale indurée, grosse, irrégulière, elle aussi farcie de nodosités. Dans ce cas, concluez sans hésiter à la tuberculose, car seule la tuberculose est capable de donner ces lésions très accentuées.

2^e cas : il n'y a pas de lésions grossières : il y a seulement des irrégularités douteuses.

Ce sont peut-être des lésions tuberculeuses, mais il y a doute après tout : alors n'en tenons pas compte, faisons abstraction de ces lésions possibles, mais incertaines, et concluons de cette observation qu'elle ne nous fournit aucune indication. Restez dans le doute, et examinez l'urètre.

L'examen de l'urètre, voilà en effet le dernier critérium qui nous reste, et celui-là est bien utile dans certains cas.

Ici encore deux cas se présentent, le malade n'a pas eu ou a eu des blennorragies antérieures.

1^{er} cas. Le malade est indemne de blennorragie, il est formel sur ce point, ses dires ne peuvent être contestés, l'examen de l'urètre concorde avec ses dires et l'exploration telle que je la dirai tout à l'heure concorde aussi. Alors, il n'y a plus de doute, le noyau épидидymaire, qu'il y ait ou non déférentite, est d'origine tuberculeuse.

2^e cas. Le malade a eu une ou plusieurs blennorragies anciennes ou récentes. Cherchez-en les traces actuelles, d'abord dans l'interrogatoire du malade et ensuite dans des investigations dont la responsabilité vous incombe intégralement.

Examinez le méat, et cherchez-y la goutte. Voyez le malade le matin, alors qu'il n'aura pas uriné depuis plusieurs heures. Faites-le uriner dans un verre et recueillez et examinez les filaments. Interrogez enfin l'urètre avec l'explorateur, et voyez s'il n'y a pas une ou plusieurs brides de rétrécissement. Assurez-vous que le malade n'est pas un prostatique avec des urines déjà troubles, car l'orchite du prostatique, que j'assimile à l'orchite blennorragique, est aussi une source d'erreurs, il faut s'en défier.

Et si de toutes ces recherches, vous ne tirez aucun indice d'infection urétrale, alors concluez à la tuberculose, mais si, au contraire, vous avez vu une goutte si légère soit elle, si dans les filaments vous trouvez des gonocoques, si dans l'urètre vous trouvez des rétrécissements, concluez au contraire à une épидидymite d'origine urétrale. Sans doute, un ancien blennorragique, un rétréci peut avoir une épидидymite tuberculeuse, mais je ne verrais alors aucun moyen d'affirmer qu'il en est ainsi : et quand il y a des lésions dans l'urètre et un noyau à l'épididyme, j'aime mieux, j'é crois plus clinique de dire que le noyau est d'origine urétrale. Au besoin, l'avenir jugera, car s'il est tuberculeux, le noyau continuera à progresser ; et s'il est d'origine urétrale, il se modifiera bien vite sous l'influence du traitement de l'urètre.

Voilà, Messieurs, réduites à leurs grandes lignes les conditions principales dans lesquelles se présente à nous le diagnostic causal d'un noyau épидидymaire.

Jusqu'ici j'ai supposé une épидидymite causée par une infection canaliculaire, c'est-à-dire par la tuberculose ou la blennorrhagie : la localisation initiale ou prédominante au niveau de la queue, était, dans les suppositions que je faisais, comme sur les malades que je vous montrais, la preuve que l'une ou l'autre de ces causes était seule en jeu.

Mais l'épididyme peut aussi recevoir son infection par la voie sanguine, les lésions qui se développent dans ce cas sont de siège différent, elles se présentent cliniquement d'une manière tout autre, et justement un des malades en traitement dans nos salles nous offre un exemple rare de ces épидидymites, qui n'étant ni tuberculeuses ni blennorrhagiques, sont d'origine *syphilitique*.

III

C'est ce jeune homme de vingt ans couché au n° 21 bis de la salle Saint-Landry et qui est entré à l'Hôtel-Dieu le 24 avril pour une grosseur qu'il portait aux deux testicules.

Il y a à peu près trois semaines qu'il s'est aperçu d'une toute petite grosseur au niveau du testicule droit : elle était, quand il la découvrit, de très petit volume ; il la trouvait par hasard, une certaine gêne avait cependant déjà attiré son attention de ce côté. Peu à peu la petite grosseur augmenta de volume ; en même temps elle devenait douloureuse.

Depuis huit jours, il a remarqué à gauche une tumeur semblable ; celle-ci aussi a augmenté rapidement et est devenue un peu douloureuse.

Et en examinant ce malade, nous étions tout de suite frappés par des particularités très spéciales et sur lesquelles je m'empressais d'attirer votre attention. Dans les deux testicules, ou du moins dans les deux épидидymes, il est une tuméfaction appréciable, mais des deux côtés développée *au niveau de la tête*. C'est là un point vraiment original et très particulier.

L'épididyme présente au niveau de sa tête une tuméfaction qui double ou triple son volume : elle est ferme, sans dureté, finement irrégulière, sans bosselures ; elle est légèrement douloureuse, et se déli-

mité très nettement du testicule qu'elle surmonte. La queue de l'épididyme est absolument indemne, sans augmentation de volume, sans induration. Le testicule a sa souplesse normale, la vaginale ne contient pas de liquide, le scrotum est un peu œdémateux, mais n'adhère en aucun point, le cordon est sain, et le canal déférent n'est pas modifié.

La bilatéralité des lésions et même leur symétrie, la rapidité avec laquelle ces tuméfactions s'étaient développées, la rougeur, l'œdème du scrotum, tout cela portait l'empreinte de l'inflammation, ce n'était pas une tumeur que nous avions sous les yeux, c'était une double épидидymite. Mais, remarquez-le bien, une épидидymite partielle qui portait sur la tête et non sur la queue de l'épididyme.

Et ce fait à lui seul nous prouvait que cette épидидymite n'était pas d'origine canaliculaire, et qu'il fallait admettre ici une infection sanguine, une infection amenée à l'épididyme par la voie circulatoire, par les vaisseaux.

Or quelles sont donc les infections qui peuvent venir aux testicules par la voie circulatoire ?

Toutes les grandes infections sanguines, au premier rang desquelles se trouve la syphilis, et auxquelles j'ajouterai, parmi les plus fréquentes de celles qui se répercutent souvent sur le testicule, la variole, les oreillons.

La tuberculose n'entre ici que pour une faible part : j'ai dit que la tuberculose se propage au testicule par l'intermédiaire du canal déférent et de l'épididyme ; mais je ne saurais cependant refuser aux vaisseaux du testicule le droit d'apporter à ce parenchyme les bacilles qu'il tient en suspension. Je crois même que chez l'enfant c'est souvent ainsi que les choses se passent ; mais chez l'adulte tous les faits de tuberculose que j'ai vus viennent plaider contre l'infection sanguine et pour l'infection par voie déférentielle.

Mais en ce qui concerne la syphilis, il en va tout autrement ; la syphilis est une infection sanguine, qui se propage dans l'économie par les vaisseaux, et c'est pour cela que les manifestations de la syphilis tertiaire portent sur le testicule à l'exclusion de l'épididyme. C'est un fait constant, vous le savez, que dans la syphilis testiculaire l'épididyme est toujours respecté ; le testicule est pris, il y a orchite et périorchite, l'épididyme peut être englobé derrière les exsudats qui débordent les limites du testicule, mais l'épididyme reste intact au milieu de tout ce désordre. Avez-vous quelquefois cherché la raison de cette différence ? C'est que l'artère spermatique, la principale

artère va toute au testicule, à part une branche spéciale destinée à la tête de l'épididyme. Dès lors, quand l'artère spermatique est chargée d'un élément pathogène, c'est au testicule qu'elle doit le confier, et le testicule doit plutôt que l'épididyme en recevoir les atteintes ou en subir le contre-coup. C'est ce qui se passe dans la syphilis, c'est ce qu'on voit encore dans les oreillons, où l'orchite consiste en une tuméfaction du testicule lui-même, à l'exclusion de l'épididyme, en une orchite pure et sans épididymite.

Si dans ces infections sanguines, l'épididyme devait participer pour quelque chose à l'inflammation, c'est sa tête et non sa queue qui serait prise. Et donc, quand vous verrez, chose très rare, la tête de l'épididyme prise à l'exclusion de la queue, vous pourrez conclure à une infection sanguine. C'est ce qui m'a frappé ici, c'est la conclusion que j'ai tout de suite tirée de mon examen, et comme notre malade n'avait ou n'avait eu aucune infection récente aiguë, c'est à la syphilis que je devais demander d'expliquer les lésions constatées.

Notre malade en effet est syphilitique : le 20 janvier dernier, il a eu un chancre qui a duré huit ou dix jours et a été suivi d'une roséole légère. C'est environ deux mois et demi après le chancre que sont apparus les premiers accidents testiculaires. Et actuellement, bien que le chancre soit disparu, nous retrouvons sur la poitrine de ce malade des taches de roséole atténuées, effacées, mais encore reconnaissables.

Et je formulais le diagnostic suivant : *épididymite syphilitique secondaire*.

C'est une affection rare, qu'on ne connaît guère parce qu'on n'a jamais l'occasion de l'étudier anatomiquement.

En 1863, Dron (de Lyon) la décrivait dans un mémoire publié dans les *Archives générales de Médecine*. M. Fournier, en 1875, lui consacra une place importante dans son étude sur le sarcocèle syphilitique et propose de l'appeler *épididymite secondaire*.

Cette localisation, en effet, est absolument spéciale à la période secondaire ; elle coexiste avec les manifestations cutanées et muqueuses de la syphilis, et précède l'époque où se montre d'habitude le testicule syphilitique.

Je ne vous dirai rien de son anatomie pathologique, car nous devons rester dans le domaine de la pratique : d'ailleurs nous ne savons rien de ses lésions, et nous en sommes réduits sur ce point à des hypothèses.

Ce que je puis affirmer, c'est que cette épididymite est très rare, car depuis des années je l'ai cherchée sur des légions de malades affectés de lésions testiculaires, sans arriver à la découvrir. Et cette

rareté s'explique car la syphilis est une infection sanguine, et l'infection sanguine va au testicule plus volontiers qu'à l'épididyme.

A quels caractères pouvons-nous la reconnaître ?

Ici, Messieurs, vous ne serez pas étonnés de trouver quelque confusion dans les descriptions de l'épididymite secondaire.

On dit qu'elle est remarquable par son indolence : il n'en est rien, notre malade ressent une douleur assez vive à la palpation, et je ne saurais accepter l'indolence comme un caractère de l'épididymite secondaire. Ici encore la douleur est proportionnelle à la rapidité d'évolution ; elle ne dépend pas de la nature de l'infection. L'épididymite lentement élaborée sera indolente ; celle qui se développera dans l'espace de quelques jours sera douloureuse. C'est ce que nous voyons ici.

Ses caractères ne sont guère plus précis. Voici ce qu'en disent Monod et Terrillon ; je cite textuellement :

« L'affection syphilitique de l'épididyme consiste dans une infiltration sous forme d'une nodosité facilement appréciable, au niveau de la tête de l'épididyme. Le volume de cette nodosité égale celui d'un pois, d'une noisette, mais très rarement il est aussi gros qu'une petite noix. »

Un caractère beaucoup plus important me paraît être constitué par la localisation exclusive à la tête. J'attache, pour ma part, à cette localisation une importance capitale, car ni la blennorragie ni la tuberculose ne peuvent affecter une pareille localisation exclusive.

J'ajouterai que la bilatéralité fréquente, sinon constante, a aussi, quand on la constate, une réelle valeur.

Enfin la coexistence de l'épididymite avec des accidents actuels ou récemment disparus de la syphilis apporte au diagnostic un argument fort sérieux.

Le traitement n'offre rien de particulier : l'épididymite syphilitique est justiciable du traitement général qui convient à la période secondaire. Nous avons prescrit à notre malade une cuillerée à bouche de sirop de Gibert ; si cela ne suffit pas, nous augmenterons la dose, et j'espère que sous l'influence de ce seul traitement général, l'infiltration épididymaire subira cette fonte rapide que nous voyons se réaliser pour toutes les lésions syphilitiques soumises à un traitement convenable, quand elles ne sont encore constituées que par de l'infiltration embryonnaire.

N. B. — Le malade a quitté le service au bout de quelques jours, refusant de se soumettre plus longtemps au traitement institué, et depuis on n'en a pas eu de nouvelles.