

Lorsque le traumatisme intéresse un scrotum dont les diverses couches sont saines, nous avons vu qu'il pouvait se faire un épanchement sanguin dans l'épaisseur des tuniques extérieures des bourses (hématocele pariétale), rarement alors la vaginale est lésée. Il n'en est plus de même dans les cas d'hydrocele préexistante prise entre une puissance (l'agent du choc) et une résistance (le liquide épanché); la vaginale se déchire, et si un vaisseau a été rompu le sang se mélange au liquide de l'hydrocele, constituant l'hydro-hématocele.

Anatomie pathologique. — La vaginale contient un liquide rougeâtre ou brunâtre selon la quantité de sang épanché, puis, en dehors de la séreuse, il existe d'habitude une deuxième cavité renfermant une accumulation de caillots noirâtres faciles à enlever; jusqu'à ces derniers temps, il était admis que cette deuxième cavité s'était formée dans l'épaisseur du tissu cellulaire des bourses, la tunique séreuse et la fibreuse qui la doublent étant déchirées; récemment J.-L. REVERDIN a montré que cette deuxième cavité avait pour limites, en dedans le feuillet viscéral de la vaginale, en dehors la tunique fibreuse (vaginale commune des Allemands); le sang épanché proviendrait de la déchirure du réseau veineux qui rampe à la surface de la vaginale dans l'épaisseur de la tumeur fibreuse.

Étiologie. — La transformation de l'hydrocele en hydro-hématocele est d'ordinaire le résultat d'un traumatisme; elle peut se produire cependant sous l'influence d'un effort musculaire, ainsi que le démontre un cas de PELLETAN; enfin dans un certain nombre d'observations la rupture a été spontanée, mais presque toujours on avait noté pendant les jours précédents une augmentation notable de l'hydrocele.

Symptômes. Diagnostic. — Une douleur vive, se propageant le long du cordon et s'irradiant dans la partie inférieure de l'abdomen, annonce la déchirure de la séreuse; le scrotum se tuméfie et prend une teinte violacée qui s'étend à la racine du pénis, quelquefois à l'hypogastre et au périnée (J.-L. REVERDIN). L'existence d'une hydrocele antérieure doit alors éveiller l'attention du chirurgien sur la diminution brusque de résistance de la tumeur, preuve que la vaginale s'est vidée.

Pronostic. — Cette complication subite de l'hydrocele n'a jamais déterminé d'accidents sérieux; la plupart des malades ont guéri, le liquide de l'hydrocele se résorbe et il reste une masse sanguine constituant une tumeur de consistance variable.

Traitement. — La seule intervention rationnelle consiste à inciser la tumeur suivant le procédé de VOLKMANN. De cette manière, en effet, il est possible de guérir l'hydrocele et aussi d'enlever le sang épanché en dehors de la vaginale; l'injection iodée vantée par DESPRÈS peut bien faire disparaître l'hydrocele, mais ne saurait avoir d'action contre l'épanchement sanguin qui persistera ou nécessitera une intervention ultérieure.

4^e HÉMATOCÈLE DE LA TUNIQUE VAGINALE

Bibliographie. — DUPUYTREN, *Leçons orales de clin. chir.*, t. IV. — A. COOPER, *Œuvres chir.*, trad. RICHELQT. — MOULINIÉ, in *l'Expérience*, 1840, p. 49. — BÉGIN, *Mém. de chir. milit.*, t. LIII. — BAUDENS, *Gaz. des Hôp.*, 1846, p. 186. — DUHAMEL, *Bull. de la Soc. anat.*, 1849. — MALGAIGNE, *Revue médico-chir.*, t. IV, p. 313, 1848. — GOSSELIN, *Arch. gén. de méd.*, 4^e série, t. XXVII, 1851. — ROCHARD, *Union méd.*, Paris, 1860. — BOUCHARD, *Bull. de la Soc. anat.*, 1863. — FANO, *Union méd.*, Paris, 1865. — GOSSELIN, *Gaz. des Hôp.*, 1867. — DEMARQUAY, *Gaz. des Hôp.*, 1869. — LABBÉ, *Soc. de chir.*, 1871. — TILLAUX, *Bull. gén. de therap.*, 1872. — THIBAUT, REVERDIN, *Gaz. des Hôp.*, 1878. — DESPRÈS, *Gaz. des Hôp.*, 1881, et *Bull. de la Soc. de chir.*, 1881. — ROUSTAN, *Montpellier méd.*, 1884. — POLAILLON, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1884. — GOSSELIN, *Arch. gén. de méd.*, 1885. — RICHEL, *France méd.*, 1885.

Thèses de Paris. — 1837, DAVAINE. — 1846, E. CLOQUET. — 1857, BOCQUET. — 1869, BOULLET. — 1877, DELHAYE, DONNAY, GULLON. — 1878, GUILLEMIN.

L'hématocele dans la tunique vaginale se produit spontanément ou à la suite d'un traumatisme; quelle que soit son origine, elle est caractérisée par la présence d'une collection sanguine, non pas libre dans la séreuse comme le liquide de l'hydrocele, mais enkystée dans une fausse membrane dont l'origine a donné lieu à bien des théories.

Anatomie pathologique. — a. *Aspect de la vaginale.* — A l'intérieur d'une vaginale distendue par un épanchement sanguin, existe une fausse membrane, épaisse, vasculaire, enveloppant de toutes parts le sang épanché. Cette fausse membrane se trouve assez lâchement unie à la séreuse pariétale dont il est toujours possible de la séparer, tandis qu'elle adhère intimement au feuillet viscéral. Selon le temps écoulé depuis leur formation, ces membranes présentent une épaisseur variable; les anciennes deviennent le siège d'incrustations calcaires et se transforment en coques dures. GOSSELIN à ce point de vue a divisé ces productions en trois groupes; les premières, dont l'épaisseur ne dépasse pas 4 millimètre, ont conservé une grande souplesse; les deuxièmes, atteignant plusieurs millimètres, ont perdu leur élasticité et se rétractent difficilement; enfin pour les troisièmes, incrustées de sels calcaires, toute rétraction est impossible.

b. *Liquide contenu.* — Dans la cavité circonscrite par cette fausse membrane, on trouve un liquide rouge lie de vin ou de couleur chocolat dont la consistance atteint tantôt celle d'un mucilage, tantôt celle de la mélasse, plus souvent des caillots « soit jaunes ou fauves, soit décolorés et fibrineux, qui flottent dans le liquide ou se réunissent en une couche irrégulière tapissant intérieurement la fausse membrane et en augmentant l'épaisseur » (LANNE-LONGUE.)

c. *Testicule.* — La glande séminale occupe d'habitude la partie inférieure et postérieure de la poche, d'autres fois la tumeur se développe au-dessus d'elle, de telle sorte que la maladie simule une hydrocele enkystée du cordon (GOSSELIN). Il n'est pas rare de voir le testicule aplati, atrophié et l'épididyme

allongé de 0^m,02 à 0^m,03 et plus, ce qui l'expose à être lésé pendant les opérations.

Pathogénie. — D'après GOSSELIN, dont l'opinion a prévalu, l'hématocèle vaginale serait toujours consécutive à l'existence de la fausse membrane qui l'enveloppe; celle-ci se développerait sous l'influence d'une inflammation chronique, d'un coup, et l'épanchement sanguin caractéristique de la lésion serait fourni par les vaisseaux de cette néomembrane en voie de formation. Présentée pour la première fois en 1851, cette théorie n'a pas été admise sans contestations; elle était, il est vrai, en contradiction formelle avec les idées enseignées jusqu'alors. BOYER et VELPEAU, en effet, prétendaient que l'épanchement sanguin était primitif et que la fausse membrane se formait aux dépens de la portion albumineuse et fibrineuse du sang.

Symptômes. Marche. — L'hématocèle constitue une tumeur piriforme rarement arrondie, à marche lente, souvent indolente, quelquefois douloureuse par instants ou même continuellement; plus lourde que l'hydrocèle ordinaire, plus légère que le sarcocèle, non transparente, d'une fluctuation souvent obscure et douteuse, sans gonflement du cordon spermatique (GOSSELIN). La fluctuation dépend de l'épaisseur de la fausse membrane; tant que celle-ci a conservé une certaine élasticité, il est possible de se rendre compte de ce phénomène; si la poche est épaisse, incrustée de sels calcaires, les doigts rencontrent une masse dure sans aucune rénitence.

Il n'est pas extraordinaire de voir la tumeur augmenter brusquement de volume, indice d'un nouvel écoulement sanguin; les irritations répétées amènent la formation de fausses membranes qui s'ajoutent aux anciennes pour accroître la dureté de la masse. Enfin surviennent de temps à autre des poussées inflammatoires, donnant lieu à un gonflement notable de la tumeur, avec œdème et rougeur des enveloppes, le tout accompagné de symptômes généraux très accusés. La résolution paraît possible, mais fréquemment la peau s'amincit, s'ulcère et par cette ouverture s'écoule un liquide fétide, mélangé à des caillots sanguins.

Diagnostic. — Il faut distinguer l'hématocèle d'avec l'hydrocèle et les tumeurs solides du testicule; tant que l'hydrocèle reste transparente, la confusion est impossible; dans le cas contraire la fluctuation, les antécédents du malade renseigneront le chirurgien. Au point de vue thérapeutique, la confusion, hâtons-nous de le dire, ne saurait avoir de bien grands inconvénients. On est beaucoup plus exposé à confondre l'hématocèle avec les tumeurs solides du testicule, en particulier avec l'encéphaloïde. La fluctuation nous paraît en pareille occurrence le symptôme le plus précieux, sa présence exclut toute idée de tumeur solide, malheureusement l'épaisseur de la poche est souvent telle qu'on ne peut la reconnaître; l'encéphaloïde toutefois marche progressivement et présente des bosselures, tandis que l'hématocèle reste stationnaire, de plus l'examen des parties périphériques (cordon, ganglions abdominaux) et l'état général du malade fourniront des indices précieux. En cas de doute la ponction exploratrice reste comme ressource ultime; cette petite opération ayant amené la suppuration de la poche, il est prescrit de la différer jusqu'au moment où l'intervention chirurgicale sera décidée.

Pronostic. — L'hématocèle, affection sérieuse, gêne les patients par son poids, son volume, et détermine du côté des testicules des troubles qui compromettent les fonctions génitales. Par suite de la consistance des fausses membranes, la cavité n'a aucune tendance à se combler lorsqu'elle suppure, aussi persiste-t-il des trajets fistuleux ou bien l'inflammation se termine par la gangrène et l'élimination de la pseudo-membrane; des accidents graves sont alors à redouter (GOSSELIN).

Traitement. — On a successivement employé contre l'hématocèle, la ponction suivie d'injection, l'incision simple, les incisions multiples avec le séton, la décortication et la castration. Considérant les succès obtenus dans le traitement de l'hydrocèle par l'incision antiseptique de VOLKMANN, la ponction suivie d'injections d'un liquide modificateur doit être abandonnée, les parois de la poche ne se rétractant pas, même dans les cas récents. En présence d'une tumeur du testicule que l'on soupçonne formée par un épanchement sanguin, le chirurgien incisera largement le scrotum, puis la masse morbide étant ainsi mise à nu, il se décidera en connaissance de cause. Si l'épanchement est de date peu ancienne se trouve constitué par des caillots sanguins encore friables, il convient de les enlever, puis après avoir lavé la cavité, l'opération sera continuée ainsi qu'il a été dit en parlant de l'hydrocèle; si au contraire il existe une production solide très adhérente, il faut tenter d'en faire l'extirpation en la décollant (décortication) et en cas d'impossibilité recourir à la castration.

La décortication, conseillée par GOSSELIN, dès 1851, consiste à décoller la fausse membrane des enveloppes scrotales, en s'aidant du bistouri, du doigt, de la spatule, jusqu'à ce qu'elle n'ait plus d'adhérences qu'au niveau du testicule; avec le bistouri ou les ciseaux on coupe alors la portion détachée. Le principal avantage de ce *modus faciendi* est de conserver intacts les organes sécréteurs et excréteurs du sperme.

5° TUBERCULOSE DE LA TUNIQUE VAGINALE

Jusque dans ces dernières années le tubercule de la vaginale semble avoir échappé à l'observation, car dans tous les ouvrages écrits sur la tuberculose du testicule il n'en était jamais question, on la croyait même impossible (KLEBS). Le tubercule de la tunique vaginale paraît cependant assez commun; dans les cas de tuberculose et de phtisie générale, tant que le testicule reste intact, il est rare de rencontrer le tubercule miliaire dans la séreuse; mais si l'état morbide se localise dans le testicule, on trouvera presque toujours la séreuse couverte de tubercules, aussi bien sur le feuillet pariétal que sur le feuillet viscéral.

SIMMONDS (de Hambourg) (*Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, 1883), dans une série de recherches comprenant douze (12) observations de testicules tuberculeux, a noté huit (8) fois des tubercules de la vaginale; dans trois (3) faits la tuberculisation du testicule n'était qu'au début.

A l'examen microscopique le tubercule de la tunique vaginale ne présente

rien de particulier; il est constitué par un nombre variable d'un à trois tubercules miliaires, logés dans le tissu cellulaire et présentant la structure type: des petites cellules rondes, de plus grandes épithélioïdes et des cellules centrales géantes; les tubercules, de dimensions un peu plus considérables, sont caséeux.

Le point de départ du tubercule est constamment la séreuse même. Dans son développement ultérieur la tuberculose de la tunique vaginale se comporte comme celle des autres séreuses, en particulier celle des synoviales articulaires; dans quelques circonstances il survient une péri-orchite fongueuse avec perforation des enveloppes scrotales et formation de fistules. L'agrandissement de la fistule amène à la longue le prolapsus du testicule dont la tunique albuginée se recouvre de bourgeons charnus (fungus tuberculeux).

La tunique vaginale, d'après SIMMONDS, serait donc aussi bien que le testicule sujette à la tuberculose, il est dès lors de toute nécessité d'examiner attentivement la vaginale lorsque le chirurgien se décide à faire le râclage des foyers tuberculeux.

§ 3. — Affections du testicule

1° LÉSIONS TRAUMATIQUES

A. — CONTUSIONS. — ORCHITE TRAUMATIQUE

Bibliographie. — ASTLEY COOPER, *Œuvres chir.*, trad. CHASSAIGNAC et RICHELOT, Paris, 1827. — SOULÉ, *Réflexions sur les orchites*, in *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1846, p. 677. — CRUVEILHIER, *Traité d'anat. path. gén.* t. III, p. 252, 1856. — JACOBSON, *St-Petersburg. medicin. Wochens.*, 1877, et *Arch. de Virchow*, 1879. — RIGAL, *Arch. de physiol.*, 1879, p. 155. — CH. MONOD et TERRILLON, *Arch. gén. de méd.*, 1881. — PONCET (de Cluny), *Bull. de la Soc. de chir.*, 1881. — TERRILLON et SUCHARD, *Arch. de physiol.*, 1883. Thèses de Paris. — 1834, A. BÉRARD (Concours). — 1877, DELOME. — 1881, COUTAN.

Grâce à la facilité avec laquelle ils glissent et se dérobent, les testicules échappent souvent à l'action des corps contondants; cependant ces organes peuvent être lésés dans une chute à califourchon sur un corps dur, comprimés contre le pubis par un coup violent porté de bas en haut, etc., ou broyés par les dents d'un animal. Parmi les causes de lésion du testicule, on doit signaler comme la plus fréquente, la pression à laquelle il se trouve soumis dans l'exercice du cheval lorsque le cavalier est lancé violemment sur le pommeau de la selle.

Lésions immédiates. — TERRILLON et MONOD, au mémoire desquels nous ferons de larges emprunts, divisent en quatre degrés les altérations anatomiques déterminées par la contusion du testicule.

Premier degré. — La contusion de l'organe produit un désordre passager méconnaissable à l'œil nu, comme au microscope, donnant lieu à un phénomène purement clinique, la douleur.

Deuxième degré. — A la coupe, le tissu de l'organe paraît marbré par un piqueté hémorragique dont le siège est dans les travées minces de tissu conjonctif qui séparent les tubes séminifères, ceux-ci sont du reste intacts; des lésions de même nature se remarquent du côté de l'épididyme, l'épithélium des tubes est en outre détaché par place.

Troisième degré. — Le piqueté rougeâtre signalé précédemment fait place à des foyers sanguins dont la grosseur varie de celle d'un pois à celle d'un noyau de cerise; les tubes à ce niveau sont dilacérés et leurs débris mélangés à d'abondants globules rouges.

Quatrième degré. — Il est caractérisé par un véritable écrasement de la glande, avec rupture de l'albuginée; les tubes tendent à s'échapper de leur membrane d'enveloppe, de plus il se produit une hémorragie abondante qui remplit plus ou moins la vaginale.

Phénomènes consécutifs. — **Premier degré.** — La contusion ayant été légère, l'organe reprend rapidement son état normal.

Deuxième degré. — Peu de jours après l'accident le testicule devient dur, douloureux, il semble augmenté de volume, l'examen micrographique montre une prolifération abondante du tissu cellulaire qui entoure les tubes séminifères, leurs parois s'épaississent; à la longue les cellules nouvelles se transforment en tissu fibreux, enfin l'organe s'atrophie en partie ou en totalité suivant l'intensité du travail pathologique; il se passe là une série de phénomènes analogues à la cirrhose.

Troisième degré. — Il n'est pas extraordinaire ici de voir se former des collections purulentes, non seulement dans le testicule mais encore dans l'épididyme; les phénomènes inflammatoires acquièrent une grande intensité. Cette complication serait particulièrement à craindre chez les individus surmenés ou chez ceux qui continuent à marcher après l'accident (TERRILLON et MONOD).

Quatrième degré. — Les lésions consécutives à l'écrasement de la glande ont été l'objet d'un remarquable mémoire de RIGAL. « Du cinquième au douzième jour, dit cet auteur, l'organe qui immédiatement après l'accident était mou et diffluent semble revenir sur lui-même; on commence à percevoir les sensations d'un corps dur allongé; chaque jour il devient plus facile d'en limiter les contours. Au microscope la paroi propre des tubes séminifères est extérieurement doublée d'éléments fusiformes, tissu conjonctif de nouvelle formation. L'intérieur des tubes se trouve complètement rempli par les mêmes éléments. La trame fibreuse périphérique est aussi en voie d'organisation. »

Du douzième au quarantième jour le testicule se rétracte, devient de plus en plus dur; à la coupe, l'aspect de l'organe n'a plus cette mollesse et cette apparence grisâtre spéciale à la glande dans son intégrité, il n'y a plus rien de distinct.

Au microscope le calibre des tubes est complètement effacé, leur paroi est constituée par une série de couches de cellules fusiformes, il y a une atrophie définitive de la glande qui adhère aux parties voisines. En résumé: « La contusion du testicule a pour effet de provoquer dans la glande une inflammation spéciale que l'on peut désigner sous le nom d'orchite *interstitielle et tubulaire scléreuse*. Celle-ci peut être partielle ou locale lorsque le traumatisme n'a atteint qu'une partie limitée de l'organe, ou générale et intéressant toute la

glande lorsque le testicule tout entier a subi l'action de l'agent contondant » (MONOD et TERRILLON).

Symptômes. — Une douleur des plus intenses, s'irradiant du côté de l'aîne et de la région lombaire, caractérise la contusion du testicule; le blessé accroupi sur lui-même est pâle, comme anéanti. La peau se couvre d'une sueur froide et dans nombre d'observations la souffrance a été assez vive pour occasionner une syncope. Comme le fait observer KOCHER, il existe alors une véritable commotion testiculaire déterminant des phénomènes comparables à ceux que nous avons décrits à propos des lésions de l'abdomen. Suivant le degré du traumatisme, ces divers signes se calment peu à peu sous l'influence du repos, ou bien il survient une réaction inflammatoire violente : *orchite traumatique*, accompagnée d'un épanchement de la vaginale qui masque les phénomènes du côté de l'organe séminal.

Marche. Terminaison. — Cette inflammation peut se terminer par résolution ou par suppuration; à la suite des orchites traumatiques on doit redouter l'atrophie de l'organe qui prend la forme d'une masse très dure, du volume d'un haricot ou d'une noisette. Sur trente-neuf (39) observations de contusion du testicule réunies par COUTAN, nous voyons l'atrophie survenir treize (13) fois dans un laps de temps variable entre six semaines et deux mois, sept (7) observations se terminèrent par suppuration, deux (2) fois il persista de l'induration, quatre (4) fois la maladie passa à l'état chronique, et la résolution franche ne se trouve signalée que dans sept (7) cas. Parmi les manifestations des périodes ultimes de l'orchite traumatique, GAUJOT a mentionné des douleurs névralgiques rebelles, dont le point de départ est dans les bourses. Enfin la contusion du testicule a déterminé quelquefois l'apparition de productions tuberculeuses du côté de la glande.

Traitement. — Le blessé condamné au décubitus dorsal, les testicules seront placés sur une planchette et recouverts de compresses imbibées d'une solution astringente; si les douleurs persistaient et que l'inflammation devint trop intense, on appliquerait dix ou quinze sangsues sur le trajet du cordon.

B. — PLAIES DU TESTICULE

a. *Plaies par instrument piquant.* — De toutes les plaies du testicule, les plaies par instrument piquant sont les plus communes; elles reconnaissent généralement pour cause la piqûre du testicule au cours de l'opération de l'hydrocèle. Dans la plupart des cas, cet accident n'entraîne aucune suite fâcheuse. A. COOPER, néanmoins, a vu se produire des douleurs assez intenses pour provoquer une sorte de défaillance passagère, et le même auteur rapporte l'observation d'un malade chez lequel, le trocart ayant été deux fois enfoncé dans le testicule, il survint une inflammation suraiguë, bientôt suivie de suppuration.

b. *Plaies par instrument tranchant.* — Les solutions de continuité de la glande séminale résultent encore le plus souvent d'une intervention chirurgicale, les coupures accidentelles sont exceptionnelles. L'expérimentation sur les animaux montre que la gravité du pronostic est entièrement subordonnée à

l'étendue de la blessure; les sections légères guérissent habituellement sans occasionner aucun accident, les incisions profondes se cicatrisent aussi avec rapidité, mais il survient ensuite une atrophie notable de la glande.

c. *Plaies contuses.* — Dans la majorité des circonstances, il s'agit ici de plaies par armes à feu; il existe encore dans la science un petit nombre d'observations dans lesquelles le scrotum et le testicule ont été broyés par les dents du cheval. ORIS rapporte cinq cent quatre-vingt-six (586) cas de contusions, plaies contuses ou ulcérations du testicule par armes à feu; l'extirpation de l'organe blessé dut être faite soixante et une (61) fois, la mortalité s'éleva à 18 p. 100. Les statistiques de CHENU comprennent pour la guerre de Crimée onze (11) traumatismes tous terminés par la guérison, six (6) fois avec perte de l'organe, quatre (4) fois avec atrophie, une (1) fois sans altération appréciable. Pendant la guerre d'Italie le même auteur relate treize (13) plaies du testicule terminées par la guérison, huit (8) fois avec perte de l'organe, cinq (5) fois avec atrophie.

Parmi les phénomènes consécutifs se trouvent notées, comme à la suite des contusions simples, des douleurs névralgiques dont le point de départ est dans les bourses; les souffrances en certains cas ont été assez aiguës pour nécessiter l'ablation de l'organe. Signalons en outre des accès de mélancolie avec tendance au suicide.

Traitement. — Le repos, l'application de compresses imbibées d'un liquide antiseptique constituent la base du traitement; dans les plaies par instrument tranchant, les tubes séminifères viennent quelquefois faire hernie à travers les lèvres de la blessure; sous aucun prétexte il ne faut alors exercer des tractions sur ces filaments, mais bien les faire rentrer et suturer.

2° INFLAMMATION DU TESTICULE

Le mot orchite désigne, dans le langage ordinaire, toutes les inflammations du testicule. Il est cependant nécessaire, au point de vue scientifique, d'établir un certain nombre de catégories; aussi les classiques ont-ils proposé des subdivisions basées sur la partie intéressée. On réserve le nom d'orchite aux inflammations du testicule lui-même; si l'épididyme seul se trouve atteint, il y a épididymite, lorsque l'inflammation gagne la tunique vaginale il se produit une vaginalite. Ces différentes lésions peuvent être réunies sur le même malade.

Division. — Les inflammations du testicule sont aiguës ou chroniques; cette dernière forme, susceptible de s'établir d'emblée, est presque toujours consécutive à un état aigu.

a. *Orchite aiguë.* — GOSSELIN divise les orchites aiguës en trois groupes, suivant qu'elles succèdent à un traumatisme, à une inflammation aiguë ou chronique de l'urètre, à une maladie infectieuse ou non.

L'orchite traumatique, déjà étudiée à propos de la contusion, ne saurait nous arrêter.

Parmi les orchites consécutives aux inflammations de l'urètre, se place en