

La tumeur, vidée de son contenu et débarrassée de ses fausses membranes, sera réduite à une paroi bourgeonnante et la poche se comblera à la façon des kystes marsupialisés. Les suites sont simples ; la guérison est rapide et complète.

La *castration* s'impose dans les hématoécèles du troisième degré, où vous n'avez pas à ménager un testicule ; celui-ci ne se distingue plus des fausses membranes. A quoi bon conserver une petite masse de tissu fibreux, qui, plus tard, simulera une glande génitale au fond des bourses ? Vous vous exposerez volontairement aux hémorragies, et à la suppuration, tout en faisant une opération incomplète.

Voici comment vous traiterez les autres variétés d'hématoécèles :

Ponctionnez les hématoécèles traumatiques et les hydro-hématoécèles récentes, sinon faites la cure radicale ; enlevez les hématoécèles enkystées de l'épididyme et du cordon ; enfin ne touchez pas aux hématoécèles symptomatiques des tumeurs du testicule, c'est le traitement du cancer qui importe.

## DES INFLAMMATIONS AIGÜES DE LA GLANDE GÉNITALE ET DES VOIES SPERMATIQUES en général (généralités), DE L'INFLAMMATION GONOCOCCIQUE en particulier (généralité gonococcique).

Dans ce chapitre, je parlerai tout d'abord de l'inflammation aiguë gonococcique de la glande génitale et des voies spermatisques, c'est-à-dire de l'orchite-épididymite blennorrhagique, suivant l'expression classique, ou du testicule blennorrhagique suivant la dénomination de MOLLIERE et AUGAGNEUR. Puis, dans un second paragraphe, je décrirai les autres formes inflammatoires, d'origine traumatique, urétrale, générale et diathésique. Ensuite, dans une troisième partie, j'entrerai dans quelques considérations générales sur l'étiologie, la pathogénie et la bactériologie des orchite-épididymites. Enfin, je donnerai un traitement complet et rationnel de ces affections.

### I. — DE L'INFLAMMATION GONOCOCCIQUE DE LA GLANDE GÉNITALE ET DES VOIES SPERMATIQUES (GÉNÉRALITÉ GONOCOCCIQUE ; ORCHITE-ÉPIDIDYMITÉ BLENNORRHAGIQUE DES AUTEURS CLASSIQUES, TESTICULE BLENNORRHAGIQUE DE MOLLIERE ET AUGAGNEUR.)

**1<sup>o</sup> Historique.** — Toutes les inflammations aiguës de la glande génitale, confondues au siècle dernier, ont été distinguées cliniquement par BALFOUR, SWEDIAUR et HERNANDEZ. Benjamin BELL, PETIT-RADEL, ASTLEY COOPER, DUPUYTREN, dans leurs recherches et leurs discussions, sont parvenus à isoler nettement l'orchite blennorrhagique des affections voisines. ROCHOUX (1833), MOREAU (1834), BLANDIN (1837), ont montré que, parmi toutes les parties de l'appareil génital, l'épididyme pré-

sentait les altérations les plus constantes et les plus profondes. Il s'agissait non plus d'orchite, mais d'épididymite. Ricord et ses élèves ont contribué, par leurs travaux, à vulgariser le testicule blennorrhagique. En ces derniers temps, les esprits se sont tournés vers une autre direction. C'est le côté pathogénique et bactériologique de la question qui préoccupe aujourd'hui les auteurs. Les progrès accomplis sont importants, mais il y a encore beaucoup à faire.

**2° Étiologie.** — L'inflammation de la glande génitale complique l'urétrite blennorrhagique dans le huitième ou le neuvième des cas, suivant FOURNIER. Le plus souvent, cette inflammation est *unilatérale*; sur 2 414 observations, JULLIEN a relevé 1 159 localisations droites, 1 115 gauches, 179 bilatérales. L'épididymo-vaginalite, pour se manifester au cours d'une urétrite aiguë ou d'une urétrite chronique, choisit son heure, pour ainsi dire.

Elle peut apparaître précocement ou tardivement, dans l'évolution de l'urétrite aiguë, cela est vrai; mais, c'est de la deuxième à la cinquième semaine inclusivement, qu'elle se montre de préférence.

Si le sujet est atteint d'urétrite chronique, nouvelle, c'est à l'occasion d'une poussée, primitive ou secondaire, d'urétrite infectieuse que la complication génitale éclate. Je reviendrai sur ce point particulièrement intéressant. Il est admis, aujourd'hui, que les orchio-épididymites ou mieux les gentialites, qui compliquent une urétrite infectieuse, gonococcique, par exemple, peuvent être de nature microbienne différente. Je dirai plus, c'est que l'épididymo-vaginalite à gonocoques est peut-être plus rare qu'on ne le pense communément; il n'y a pas que du gonocoque dans la flore uréthro-génitale; il existe quantité d'autres bactéries ayant une action primitive ou secondaire, dont il faut tenir compte. C'est la voie que les observateurs devront suivre désormais dans leurs recherches, s'ils veulent bien connaître le passé, le présent et l'avenir des inflammations génitales.

La véritable cause de l'épididymo-vaginalite gonococcique est donc le gonocoque qui chemine dans les voies sperma-

tiques, de l'urètre postérieur à l'épididyme, contrairement à l'inclinaison des cils et au cours du sperme. L'*inoculation successive*, avec des localisations variables, constitue le seul mode pathogénique de cette affection. La vésicule et surtout le canal déférent sont des intermédiaires nécessaires; ils doivent être toujours intéressés; ce qui ne veut pas dire que leurs altérations soient toujours cliniquement évidentes; cependant en les cherchant bien, on trouvera une vésiculite (GUELLIOT) et une déférentite (VELPEAU, RICORD, SIGMOND, MONOD et TERRILON).

Les théories de la *métastase*, de la *sympathie* et de la *réten-tion spermatique* dans les voies séminales ont vécu.

En conséquence, bien des causes prédisposantes et même occasionnelles pourront être admises; les voici, signalées par les classiques: traumatismes et contusions: efforts, mouvements brusques et prolongés, marches forcées, danse, gymnastique, équitation, usage de la bicyclette; tares: présence d'une hernie, d'un varicocèle, d'une ectopie, d'une inversion (LEDOUBLE); diathèses: goutte, rhumatisme (HORTELOUP).

Retenons toutes ces causes, mais sachons que l'épididymo-vaginalite peut survenir tout de même chez un sujet couché, n'ayant ni tare ni diathèse.

**3° Anatomie pathologique.** — Dans l'appareil génital, les voies spermatiques et la séreuse vaginale présentent les altérations les plus constantes et les plus caractéristiques.

Comme l'infection gonococcique est ascendante et qu'elle se propage, avec des déterminations électives, suivant le trajet séminal, il est rationnel d'exposer et de décrire les lésions anatomo-pathologiques dans l'ordre de leur apparition réelle.

La muqueuse de l'*urètre postérieur*, enflammée, est rouge, parfois violacée. Elle est tapissée de muco-pus et de granulations « analogues à celles que l'on observe sur la conjonctive dans les ophtalmies catarrhales. » Le double méat des canaux éjaculateurs, suivant la remarque de GAUSSAIL, HARDY, DELAPORTE, apparaît sombre sur les parties voisines, de chaque côté du verumontanum.

Le toucher rectal rend difficilement compte de l'état des

*vésicules séminales*; il n'est pas possible d'explorer, avec la pulpe du doigt, le corps et le fond de l'organe compromis; le col seul est accessible. Et comme, d'autre part, il n'existe qu'un nombre très restreint d'autopsies (GODARD, CASTELNAU, CURLING), il n'est pas étonnant de voir aussi discutée la question du degré d'altération des vésicules. A propos de deux cas observés et publiés, GODARD déclare que la vésicule malade diminue de volume, parce qu'elle contient une moindre quantité de sperme, la compression des voies spermatiques, au niveau de la queue de l'épididyme, supprimant l'apport du liquide séminal (c'était l'opinion de GOSSELIN). POUR CASTELNAU, l'organe malade conserve à peu près ses dimensions normales.

Les altérations des vésicules séminales sont celles de la *vésiculite* et de la *périvésiculite*. La muqueuse qui tapisse les anfractuosités de l'organe est atteinte d'inflammation catarrhale; les cellules de revêtement se troublent, fondent et tombent dans la cavité centrale. Celle-ci est remplie d'un liquide muco-purulent, grumeleux, jaunâtre, dans lequel on trouve des éléments épithéliaux desquamés, des globules de pus et des granulations. La paroi vésiculaire est infiltrée, et cette infiltration s'étend à la capsule conjonctivo-fibreuse qui la double; il en résulte que les bosselures de la vésicule, appréciables au toucher, disparaissent, en même temps que la surface de l'organe offre une consistance particulière. Le péritoine qui revêt le fond de la vésicule réagit; il s'épaissit et se vascularise au niveau de la saillie vésiculaire et des culs-de-sac vésico et recto-génitaux.

Le canal *déférent* est altéré dans toute sa longueur, de son extrémité vésiculo-prostatique à son extrémité épидидymaire, dans ses portions pelvienne, inguinale, funiculo-scrotale; mais ce n'est que dans la région inguino-scrotale que le palper permet d'apprécier l'état dans lequel il se trouve. Comme celles de la vésicule, les lésions du canal intéressent la muqueuse, la paroi musculaire et le tissu cellulaire ambiant. Il y a une *endo-déférentite*, une *déférentite interstitielle* ou *déférentite* proprement dite et une *péridéférentite*, comme

il y a une *endo-vésiculite*, une *vésiculite interstitielle* et une *périvésiculite*. La muqueuse déférentielle est atteinte d'inflammation catarrhale; les cellules cylindriques ciliées, qui la constituent, se troublent, perdent leurs cils, s'affaissent, se détachent et tombent plus ou moins défigurées, globuleuses ou fusiformes, dans la cavité du canal. Ces cellules de desquamation sont mêlées à des globules purulents et à des granulations très réfringentes, dans un liquide jaunâtre qu'on fait sourdre par la pression des doigts, de la section du canal. Le derme est infiltré de globules blancs; ceux-ci distendent les lymphatiques et les interstices cellulaires parmi les faisceaux musculaires de la paroi; la même infiltration se retrouve dans le tissu conjonctif péricanaliculaire. La *péridéférentite* contribue à augmenter le volume du canal, qui peut être doublé et même triplé dans ses dimensions apparentes; il devient aussi moins souple et plus résistant.

Dans l'appareil génital, l'*épididyme* est particulièrement touché. C'est encore la répétition des lésions que j'ai décrites au niveau des vésicules et du canal déférent; il s'agit d'*endo-épididymite*, d'*épididymite* interstitielle et de *péri-épididymite*. L'épithélium cilié des tubes épидидymaires est atteint d'inflammation catarrhale; les éléments cellulaires perdent leurs cils, deviennent granuleux et tombent, déformés, dans la cavité. Celle-ci est inégalement distendue par le même liquide jaunâtre, muco-purulent, grumeleux, épais, contenant des cellules épithéliales de desquamation, des globules de pus, des corpuscules graisseux et des granulations fines et réfringentes. Les parois du canal sont tuméfiées, infiltrées de globules blancs; ceux-ci se massent souvent en petits groupes et, à leur niveau, la lumière du tube est rétrécie. L'infiltration péritubulaire est surtout marquée au niveau de la queue de l'épididyme et elle se continue directement avec celle qui entoure l'épididyme tout entier. Si on fend cet organe dans le sens de la longueur, on remarque, en toutes ses parties, et surtout au niveau de la queue, que la section est jaunâtre (GOSSELIN) ou lie de vin (GAUSSAIL). Par places, il existe de petites cavités, de la grosseur d'une lentille ou d'un pois, contenant un li-

guide puriforme. Quelquefois même, entre les circonvolutions de l'organe, il y a un exsudat brunâtre (CURLING). MALASSEZ et TERRILLON ont démontré que ces soi-disant abcès ne sont autre chose que des parties anormalement dilatées du tube épидидymaire.

En quel état se trouve le *testicule*? Malgré KOCHER et FOURNIER, il faut admettre, avec la majorité des auteurs, que le testicule est presque toujours respecté par l'infection blennorrhagique. Pour TERRILLON, s'il y a orchite, c'est qu'il ne s'agit pas d'orchite blennorrhagique. La description de l'orchite n'est donc pas ici à sa place; j'en parlerai tout à l'heure, dans le même chapitre, à propos des orchites de cause générale.

Après l'épididyme, c'est la *vaginale* qui présente les altérations les plus nettes; anatomiquement, celles-ci existent toujours; cliniquement, elles ne deviennent appréciables que lorsqu'il existe un épanchement de 25 à 30 grammes, ce qui arrive dans un tiers des cas, suivant ZAPATA. La séreuse est enflammée, vascularisée, rouge; des exsudats fibrineux et de petites fausses membranes comblent les culs-de-sac péri-épididymaire et sous-épididymaire, puis en accolent les parois. Le tissu sous-séreux participe à l'infiltration, qui dissocie la fibreuse et tuméfie le tissu cellulaire sous-dartôïque; aussi, la peau du scrotum est rouge, luisante, œdématisée et ne glisse pas sur les plans profonds.

L'appareil génital apparaît, dans une vue d'ensemble, constitué par deux parties bien différentes au point de vue anatomique et pathologique: le testicule et les voies spermatiques. N'insistons pas sur le testicule lui-même que l'infection gonococcique ne touche qu'exceptionnellement et occupons-nous des voies spermatiques qui sont toujours intéressées, par cette infection, à des degrés variables suivant le segment considéré. Le système d'excrétion, qu'il s'agisse du canal éjaculateur, de la vésicule, du canal déférent, ou de l'épididyme, est disposé sur le même plan. Il consiste en une gaine muqueuse continue, recouverte d'une gaine celluleuse, laquelle est elle-même en rapport, aux extrémités du système, avec deux séreuses, le péritoine et la vaginale. Quant aux fibres musculaires, elles

n'interviennent pas par elles-mêmes, dans l'extension du processus inflammatoire; celui-ci se propage par voie cellulaire, c'est-à-dire par le tissu conjonctif qui sépare les faisceaux musculaires les uns des autres.

Dans l'inflammation gonococcique, la muqueuse est atteinte d'un catarrhe purulent plus ou moins intense; le tissu cellulaire du voisinage devient le siège d'une infiltration séreuse qui tuméfie et durcit la région; les séreuses réagissent plus ou moins vivement par production de fausses membranes et sécrétion de liquide. Mais tandis que, dans la partie moyenne du canal déférent, les phénomènes réactionnels sont en général peu intenses, ils sont, par contre, très marqués au niveau des vésicules d'une part, au niveau de l'épididyme d'autre part. Cela est vrai surtout pour ce dernier; sans compter la vaginalite avec épanchement abondant, l'infiltration qui entoure l'origine du déférent et l'épididyme est telle qu'elle repousse la tunique fibreuse; celle-ci forme un bourrelet suivant sa ligne elliptique d'union avec le feuillet pariétal de la vaginale, dans la demi-partie postéro-supérieure du testicule; la sensation de ce bourrelet, perçu par les doigts, se superpose naturellement à celle de la tuméfaction sous-vaginale péri-épididymaire et contribue à former le *cimier de casque* décrit par les auteurs.

**4<sup>o</sup> Symptomatologie.** — La blennorrhagie « tombe dans les bourses » de la troisième à la cinquième semaine de la chaudepisse; il s'agit alors d'une première atteinte d'infection gonococcique; mais quand les voies spermatiques supérieures, le canal de l'urètre et plus spécialement l'urètre postérieur, ont déjà été contaminés par l'agent pathogène primitif et que, au niveau du fond des glandes, il subsiste des altérations latentes et chroniques, d'ordre inflammatoire, une poussée infectieuse nouvelle peut s'accompagner, après quelques jours, de manifestations épидidymaires et vaginales. Parfois ces dernières accompagnent ou même précèdent la recrudescence de l'écoulement urétral.

Quoi qu'il en soit, la *douleur* est le premier signe subjectif qui attirera l'attention du malade sur un de ses testicules et,

pour lui donner une cruelle désillusion, cette fâcheuse complication le surprendra alors qu'il se croyait tout près de la guérison, en constatant l'amélioration rapide de l'état de son canal dans les derniers jours.

C'est une douleur inguinale, gêne accentuée ou sensation vive, fixe dans la région pendant un temps variable et qui précède, d'ordinaire, la sensibilité de la glande de quelques heures ou de quelques jours. Dans certains cas, c'est une localisation douloureuse au niveau de l'épididyme, qui ouvre la scène (A. COWPER, FOURNIER) et que le sujet attribue souvent à un traumatisme.

Si, au début de l'affection, on palpe les testicules, on trouve que toute la masse glandulaire, intra-scrotale, d'un côté, est d'exploration moins facile, qu'elle est plus volumineuse, comme enflée ou fluxionnée, qu'elle est plus chaude, que la pression de l'épididyme ou du déférent provoque une douleur sourde, enfin que la queue de l'épididyme est noueuse et que la tige du déférent est rigide.

C'est vers le cinquième, sixième ou septième jour qu'il faut examiner les malades atteints d'« orchite ». Alors le tableau clinique est des plus nets et toute la série des phénomènes morbides se présente au complet. Ceux-ci sont d'ordre *fonctionnel* ou *physique*, *local* ou *général*.

La douleur mérite quelque développement. Elle est bien variable dans sa détermination, dans son intensité, dans sa nature, dans sa localisation, dans sa durée, bref dans tous ses caractères. Il y a des *épididymites indolentes* dont Dubois a signalé quelques exemples. Méfiez-vous de la tuberculose.

Voici un individu atteint d'urétrite chronique; après quelques excès, à la suite d'une légère contusion des bourses, et souvent sans cause appréciable, tandis qu'il « recoule » plus ou moins fort, il vient vous consulter pour une grosseur de la glande. Vous constatez une bosselure de la queue de l'épididyme, avec un peu de tuméfaction de cet organe et de la région voisine du cordon. Comme la lésion se trouve au niveau de la queue de l'épididyme, que le déférent vous semble moins souple, que l'homme est un chaudepissard, vous

vous dites : c'est une épидидymite très subaiguë, une épидидymite indolente, tout ira bien. Attendez ! gardez pour vous vos impressions et, si un examen complet de l'autre testicule, de la région vésiculo-prostatique et du sujet a été négatif, priez votre client de revenir vous voir. D'ici là, il y aura sans doute du nouveau, en quelque endroit, surtout au niveau du testicule compromis.

En effet, une récente nodosité se dessine au niveau de la tête ou du corps de l'épididyme ; l'induration de la queue est globuleuse, ronde, à périphérie envahissante, en sorte que vous ne pouvez saisir la boucle du déférent (RECLUS) ; celui-ci peut offrir aux doigts qui l'explorent quelques bosselures vagues ou précises. Votre diagnostic est établi ; il s'agissait donc d'une tuberculose génitale. Donc, méfiez-vous des épидидymites indolentes, surtout chez les porteurs d'urétrite chronique gonococcique.

Il existe, cependant, des épидидymites à forme *subaiguë*, qui s'accompagnent d'une sensibilité, subjective ou objective, très peu marquée. En règle générale, une épидидymite peu douloureuse indique des altérations légères, se traduisant par une petite tuméfaction de la queue de l'organe. Mais la réciproque n'est pas vraie, en ce sens que des douleurs intenses peuvent coexister avec des lésions minimales.

Le testicule blennorrhagique, tel qu'on l'observe d'ordinaire, est nettement douloureux, et le symptôme douleur constitue un des phénomènes les plus intéressants de l'affection.

Cette douleur peut être *spontanée* ou *provoquée*. La douleur *spontanée* est d'abord sourde ; puis franchissant successivement toutes les notes de la gamme sensible, elle devient d'une acuité extrême. Elle peut être syncopale. C'est la conséquence de l'inflammation de la vaginale, de la compression du testicule par l'épanchement, de l'étranglement du parenchyme par « la coque inextensible » de l'albuginée.

La douleur *provoquée* reconnaît, à son origine, un choc de la glande ou son froissement par la main qui palpe.

Elle est localisée au niveau de l'organe, souvent en points

fixes, plus particulièrement au niveau de la queue de l'épididyme. Mais elle s'accompagne d'endolorissement inguinal et de tiraillements lombaires.

Quelquefois, la glande malade devient le point de départ de *névralgies* à accès plus ou moins répétés, plus ou moins violents; l'affection présente alors, cliniquement, une allure spéciale; c'est l'*orchite*, dite *névralgique*, que je décrirai bientôt.

J'attire surtout l'attention sur ce fait que l'état douloureux du testicule, et plus particulièrement la sensibilité spontanée, avec tiraillements inguinaux et lombaires, est produit ou exagéré par la situation déclive des bourses; l'action de la pesanteur s'exerce naturellement, avec plus de force, sur une bourse transformée par le contenant et le contenu, en une masse morbide très dense; celle-ci est mal soutenue par la tonicité des faisceaux musculaires, dartoïques ou crémasteriens, plus ou moins intéressés par le processus inflammatoire.

A l'*inspection*, la bourse correspondante au testicule blennorrhagique est rouge, chaude, tuméfiée, distendue, douloureuse. Ces modifications sont très marquées au niveau de la partie antérieure, dans la région qui correspond à la vaginale. Dans cette région, le scrotum ne glisse plus sur la fibreuse sous-jacente, parce que l'infiltration du tissu sous-séreux s'est propagée à la couche celluleuse sous-dartoïque. A ce niveau, il est possible de constater la fluctuation et la sensation de la tumeur recouverte de liquide (signe de GOSSELIN), lorsqu'il existe un épanchement symptomatique appréciable dans la cavité vaginale.

Derrière la bourse, à la place de la queue de l'épididyme et du pôle postérieur du testicule, il n'y a pas de vaginale, c'est pourquoi le scrotum est relativement intact et présente une certaine mobilité.

Le palper permet d'apprécier les modifications de l'épididyme, du canal déférent et du testicule, dans le volume et dans la forme. L'épididyme recouvre la moitié ou les deux tiers postéro-supérieurs du testicule, à la façon d'un cimier de casque. Les bords du cimier sont indiqués par un bourrelet

qui correspond à la zone d'adhérence de la fibreuse et du feuillet pariétal de la vaginale.

Le canal déférent est doublé ou triplé de volume, il est consistant, rigide, en manière de tuyau de pipe.

Ces différents détails sont parfois difficiles à constater à cause de la tuméfaction et de l'infiltration de tout le tissu cellulaire de la bourse; dans ce cas, la main qui presse la masse morbide est impressionnée par une dureté caractéristique. Au niveau du cordon, la gaine fibreuse des éléments est tendue, résistante, peu dépressible. Il s'agit alors d'une péri-déférentite dont la funiculite, dans le cas particulier, n'est que l'extension.

L'examen physique ne doit pas se borner au palper de la glande génitale. C'est un devoir absolu, pour le médecin, d'explorer la région *vésiculo-prostatique*; il faut toucher les vésicules et la prostate, même quand le malade ne souffre pas de ces organes. A plus forte raison, quand il en souffrira. On en recherchera la sensibilité, la tuméfaction. Parfois, la sensation, éprouvée par le sujet, sera celle d'un besoin pressant d'uriner; c'est déjà une indication.

Les *pollutions* nocturnes, quand elles existent, témoignent incontestablement d'altérations vésiculaires. Elles sont plus ou moins fréquentes; elles peuvent se traduire par une éjaculation sanglante; cette *hématospermie*, due à quelques ruptures vasculaires, ne présente aucun caractère de gravité. Ces pollutions, si elles sont assez souvent répétées, fatiguent, énervent et affaiblissent rapidement le malade.

Je ne saurais donc trop insister sur l'exploration de la région vésiculo-prostatique. Ce n'est pas orchite qu'il faut dire, ni orchépididymite, ni même testicule blennorrhagique, mais bien *blennorrhagie génitale*. Celle-ci est à la fois vésiculo-prostatique, orchépididymaire, et, par trait d'union, déférentielle. Vésicules et prostate doivent être explorées avec la même rigueur que celle qui préside au palper des bourses. Il en est des altérations gonococciques comme des lésions tuberculeuses. Et, lorsqu'il s'agit de ces orchites à rechutes multiples, dont je parlerai, le médecin, qui ne pra-

tique pas le toucher rectal, se prive de renseignements précieux, d'une grande valeur thérapeutique.

Les phénomènes généraux sont plus ou moins accusés ; dans la forme commune de blennorrhagie génitale, comme celle que je décris, ils sont peu marqués. Un visage fatigué, des yeux cernés, des traits tirés, une langue blanche, de l'inappétence, de la constipation, un peu de fièvre, une légère insomnie ; tel est le tableau vulgaire.

**5° Formes cliniques.** — 1. *Orchite proprement dite.* — Les auteurs classiques disent que l'*orchite proprement dite* peut s'observer dans la proportion de quatre à cinq pour cent. Elle accompagne l'épididymo-vaginalite ; KOCHER et FOURNIER, contrairement à MONOD et TERRILLON, admettent qu'elle peut exister seule.

Anatomiquement, les altérations testiculaires seraient les suivantes : infiltration, tuméfaction, épaissement de l'albuginée et des cloisons fibreuses ; congestion intense, prolifération conjonctive intertubulaire ; œdème des parois canaliculaires ; dégénérescence granulo-graisseuse des cellules épithéliales ; en somme, fluxion généralisée et augmentation du volume de la glande. Après la fluxion, résolution des phénomènes inflammatoires avec organisation des tissus de nouvelle formation, transformation scléro-fibreuse de l'organe et atrophie.

D'après KOCHER, l'orchite serait primitivement interstitielle et secondairement catarrhale. Dans ce cas, cet auteur semble en contradiction avec lui-même ; il affirme l'existence de l'orchite blennorrhagique vraie, mise en doute par tout le monde, et nie celle de l'orchite catarrhale primitive. Or, s'il existe une orchite blennorrhagique, elle doit être primitivement catarrhale, suivant la théorie de l'infection ascendante.

Et si l'orchite est primitivement interstitielle, c'est qu'un mode pathogénique nouveau intervient ; les altérations testiculaires s'expliquent par une détermination locale d'un état infectieux généralisé, l'orchite blennorrhagique devient une orchite de cause générale. A ce titre, elle doit être exceptionnelle, si toutefois elle existe.

Lorsque le testicule est réellement pris dans la génitalite blennorrhagique, l'affection présente une allure clinique spéciale.

La douleur devient très vive, angoissante, syncopale ; les tiraillements lombaires sont violents et il peut exister des crises intra-abdominales, très pénibles, comme cela existe dans les orchites névralgiques. En général, le maximum de la souffrance est ressenti au niveau du testicule lui-même (VERNEUIL).

Les phénomènes généraux sont très accusés. « Au début, légers frissons, puis fièvre assez vive (40°) ; état gastrique, inappétence absolue, nausées, hoquets, vomissements, constipation et surtout état nerveux très accusé, agitation excessive, insomnie, jactitation, anxiété, tous phénomènes que l'on a comparés à ceux de l'étranglement en général et qui résultent, en effet, d'un véritable *étranglement* du testicule dans sa coque fibreuse inextensible. »

La glande est plus grosse qu'à l'état normal ; elle peut même atteindre le volume d'un œuf de poule (GOSSELIN) ; elle serait plus ferme, sans être dure, et douloureuse au palper.

Les douleurs intra-abdominales, les vomissements, la constipation, le facies anxieux, l'état nerveux peuvent faire croire à un étranglement herniaire ou à un étranglement interne ; l'erreur est presque fatale s'il s'agit d'un testicule *ectopique*.

2. *Vaginalite aiguë.* — Suivant RÉMY, la vaginalite blennorrhagique aiguë s'observerait dans le tiers des cas. Ce serait, en quelque sorte, une complication des épидидymites très aiguës (RICORD) et très graves. En vérité, l'inflammation de la vaginale est bien plus fréquente que les statistiques ne l'indiquent ; à celles-ci, on peut faire le reproche de réunir les manifestations cliniquement apparentes ; anatomiquement, la vaginalite doit être constante ; depuis le mince exsudat circonscrit jusqu'à la symphyse plastique, depuis la présence de quelques gouttes de liquide dans une logette à parois pseudo-membraneuses jusqu'à l'épanchement abondant, il y a tous les intermédiaires. Quoi qu'il en soit, il est certain que la