

vaginalite aiguë constitue surtout le privilège des épидидymites aiguës et graves.

Cette vaginalite, comme la pleurésie, comme la péritonite, se présente sous trois formes : *plastique, séreuse, suppurée*. De l'abcès de la vaginale, je ne dirai rien pour le moment; je me réserve d'en parler avec l'orchite suppurée. Cliniquement, ce sont les deux premières variétés que l'on rencontre d'ordinaire et il y a avantage à la réunir sous le même titre de vaginalite *séro-fibrineuse*, laquelle peut naturellement être *sèche* ou *avec épanchement*.

C'est à BÉRAUD que nous devons de bien connaître les modifications anatomo-pathologiques de la vaginale. Je ne décrierai pas les altérations inflammatoires qui sont celles de toutes les séreuses; mais j'insisterai sur la topographie des lésions qui est particulière.

Les fausses membranes, peu nombreuses ou abondantes, se développent dans certaines zones de prédilection: dans le cul-de-sac supérieur qui entoure le cordon à son origine et qui résulte de la réflexion du feuillet pariétal sur ce cordon et sur l'épididyme; au pourtour du manchon séreux qui engaine le gubernaculum testis, plus spécialement dans l'intervalle qui sépare l'origine du cordon du pôle postérieur du testicule, au niveau de la queue de l'épididyme et de l'anse du déférent.

Parfois, le dépôt fibrineux engaine la queue de l'épididyme et s'unit à l'infiltration péri-épididymaire pour constituer cette nodosité que palpent les doigts. L'exsudat peut revêtir complètement le feuillet pariétal et même le feuillet viscéral (LANNELONGUE). Des brides unissent, souvent et partiellement, ces deux feuillets et cloisonnent la cavité primitive en vacuoles remplies de liquide.

L'épanchement peut être enkysté ou libre; presque toujours, il est peu abondant et la quantité ne dépasse pas vingt à trente grammes.

A propos de la description anatomique de la vaginalite, j'insiste sur la participation du tissu sous-séreux à l'inflammation. Ce tissu sous-séreux se comporte comme la séreuse

elle-même et le processus s'étend à toute la couche celluleuse sous-scrotale. Au niveau de la queue de l'épididyme, en particulier, BÉRAUD a signalé la présence d'un dépôt plastique « qui, développé dans les vacuoles très larges du tissu cellulaire qui existent normalement tout autour de l'organe, reçoit, dans sa concavité, à la façon d'une capsule, le globus minor et le commencement du canal déférent, il s'étend sur une hauteur de deux à trois centimètres; ce produit plastique est facilement isolable et se laisse détacher des parties ambiantes, comme une pièce de métal du moule qui la contient ».

L'avenir des lésions est simple; elles se terminent par résolution, au bout d'un temps plus ou moins long; la marche en est réglée d'après celle de la cause, c'est-à-dire de l'épididymite; elles peuvent passer à l'état chronique et ne sont pas sans occasionner de réels préjudices à la glande elle-même (anémie testiculaire).

A ce propos, je renvoie le lecteur au chapitre des Hydrocèles et des Hématocèles.

Cliniquement, la vaginalite blennorrhagique aiguë superpose ses signes propres à ceux de l'épididymite, de la déférentite, de la vésiculite, etc., bref de la génitalite. Le tableau symptomatologique a été exposé plus haut.

Voici les signes apportés par l'élément vaginal dans ce tableau: douleur superficielle, quelquefois très intense, avec tiraillements lombaires, endolorissement inguinal, irradiations diverses, quand la séreuse est très distendue; l'évacuation de l'épanchement atténue ou supprime la souffrance; scrotum rouge, chaud, tuméfié, non mobile sur les parties sous-jacentes; dans la forme séreuse, fluctuation ou sensation d'une tumeur sous-jacente à une couche liquide (signe de GOSSELIN); dans la forme sèche, sensation de crépitation fine, quand les doigts font glisser le feuillet pariétal de la vaginale sur le feuillet viscéral et impossibilité de refouler le testicule en arrière, tandis que les doigts pressent en avant le sac vaginal épaissi; dans la forme séro-fibrineuse, tout d'abord crépitation et refoulement du testicule en arrière, puis sensation de flot et signe de GOSSELIN, enfin crépitation de retour, im-



possibilité de refouler complètement le testicule en arrière et épaissement du sac vaginal.

MONOD et TERRILLON insistent, avec juste raison, sur « cet épaissement acquis de la membrane, qui constitue un signe auquel on n'a pas donné jusqu'ici l'importance qui lui est due ».

Les phénomènes généraux n'ont rien de spécial à la vaginalite.

La résolution, terminaison habituelle, est le plus souvent complète et se fait du quinzième au vingtième jour, à moins qu'il n'y ait épididymite grave ou épididymite à répétition. Les fausses membranes elles-mêmes disparaissent sans laisser de traces.

La description anatomo-clinique qui précède est celle d'une vaginalite blennorrhagique aiguë simple, telle qu'on l'observe d'ordinaire.

Si la vaginalite passe à l'état chronique, elle devient une hydrocèle, entretenue par des altérations latentes de l'épididyme et de la prostate; consultez le chapitre *Des hydrocèles*.

Je parlerai tout à l'heure des *vaginalites à répétition* et des *vaginalites suppurées*.

3° *Epididymo-orchites névralgiques*. — GOSSELIN, VERNEUIL, LIÉGEY ont décrit cette variété clinique. La douleur est non seulement localisée au testicule, à l'épididyme et à la vaginale, mais encore irradiée dans l'aîne et dans les reins. Ces accès *névralgiques* apparaissent de façon précoce ou tardive; ils peuvent persister alors que la guérison semble complète (SAISON). Ils sont parfois extrêmement pénibles.

Je ne pense pas qu'il y ait lieu de séparer les orchites névralgiques de la névralgie du testicule. Que l'inflammation soit vive ou latente, que les lésions soient grosses ou insignifiantes, ce qui importe, c'est le terrain sur lequel les phénomènes morbides évoluent.

Les individus qui font des orchites névralgiques, comme ceux qui sont atteints de névralgies rebelles du testicule, telles que MAURIAC les a décrites, sont des nerveux et des hystériques dont l'axe cérébro-spinal réagit vivement par prédisposition congénitale.

La moindre altération de la glande, la moindre irritation nerveuse périphérique, peut-être même la suggestion, suffiront pour faire éclater une série d'accès. Ces névralgies ne cesseront qu'après une guérison définitive, longue à obtenir, c'est dire qu'elles peuvent devenir incurables et je me demande si la castration elle-même réussit à débarrasser les malades de leurs cruelles souffrances, puisqu'ils souffrent surtout médullairement et cérébralement, comme les amputés. Les femmes auxquelles on fixe un rein flottant, auxquelles on enlève un utérus, depuis longtemps enflammé et adhérent, sont-elles toujours soulagées? Je ne nie pas la possibilité du bon résultat, mais à la condition d'avoir affaire à des lésions jeunes, chez des sujets jeunes, et de ne pas compter, en général, sur un succès immédiat.

Les névralgies ilio-scrotales peuvent se manifester de si bonne heure qu'elles semblent précéder les altérations objectives du testicule. MAROTTE et NOTA admettent même que la névralgie peut être la cause réelle de l'épididymite. C'est une opinion discutable, qui cadre mal avec la théorie de l'infection et qui ne peut guère être autorisée que par les défenseurs de la théorie de la sympathie. Cependant, par analogie avec ce qui se passe du côté des glandes sous-cutanées ou sous-muqueuses, quand le nerf, sur le territoire duquel elles se trouvent et dont elles dépendent, est atteint de névralgie, il n'est pas déraisonnable d'admettre une fluxion de la glande testiculaire. Cette orchite toute spéciale s'explique par des troubles vaso-moteurs (BROWN-SÉQUARD). L'irritabilité neuro-vasculaire, sera naturellement plus excitable, s'il existe des reliquats inflammatoires ou organiques au niveau de la partie intéressée. Et, s'il n'est pas possible qu'elle puisse créer une orchite-épididymite de toutes pièces, il est vrai qu'elle en favorise l'apparition et la répétition.

4° *Génitalité bilatérale*. — Par cette expression, j'entends parler de ces épididymites bilatérales, si mal dénommées, puisqu'il est peu fréquent d'observer deux épididymes pris simultanément. Dans 879 cas de génitalité gonococcique, FOURNIER a relevé 68 fois des altérations bilatérales; RICORD, HARDY,



MONOD et TERRILLON ont vu des épидидymites bilatérales; HARDY admet qu'elles existent dans la proportion d'un trentième.

Les phénomènes se présentent de la façon suivante. Le système génital d'un côté se prend d'abord; puis, celui de l'autre côté se prend à son tour, parfois de façon très précoce. L'inflammation du premier s'apaise quand celle du second devient plus vive. On peut même observer une sorte d'alternance dans la recrudescence des lésions; un tel processus caractérise les *épididymites à bascule* (RICORD).

Voici une observation de gènéralité gonococcique bilatérale.

Jules P., âgé de 13 ans.

Entre à l'hôpital des Enfants-Malades le 22 décembre, salle Giraldès.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires ou personnels.

Le 2 décembre, il a contracté une blennorrhagie urétrale qui a évolué sans grande réaction douloureuse et sans écoulement abondant... Il a continué à travailler.

Le 20 décembre, c'est-à-dire 18 jours après le commencement de l'urétrite, la bourse gauche se tuméfie rapidement. L'enfant entre à l'hôpital.

*Examen. Bourse gauche.* — Épididymo-vaginalite classique, avec funiculite remontant dans le trajet inguinal; sensibilité provoquée; pas de douleur spontanée, sauf un léger tiraillement qui a disparu lorsque les bourses ont été maintenues relevées.

*Bourse droite.* — Scrotum sain, léger soulèvement au niveau du pédicule de la bourse et de la région inguinale. Funiculite remontant en haut dans le canal inguinal, s'arrêtant en bas au niveau de l'épididyme.

Cet organe ne semble pas intéressé; la tête offre un volume normal par rapport au testicule et en comparaison d'un épидидyme d'enfant de même âge que le malade et ayant des testicules de même grosseur; la pression de cette tête et du corps ne provoque aucune douleur; la vaginale ne présente pas d'altération clinique appréciable, en particulier pas d'épanchement, la masse vaginotesticulaire est normale. Au niveau de la queue de l'épididyme, il y a de la tuméfaction, mais on ne sent pas de véritable nodosité. A son origine et sur tout son trajet, le déférent est difficilement isolé; mais la pression entre les doigts provoque une douleur sourde.

*Vésicules et prostate.* — Vésicules plutôt grosses pour un enfant

de cet âge, de consistance ferme et de même grosseur. Région vésiculo-prostatique non sensible.

*Urètre.* — Écoulement peu abondant. Plus de sensibilité à la miction. Gonocoques.

*Diagnostic.* — Gènéralité à gonocoques bilatérale.

La question intéressante est de savoir si l'épididyme du côté gauche est intéressé.

*Traitement.* — Lavages au permanganate. Compression ouatée des bourses.

*Suites.* — Les lésions bilatérales évoluent sans présenter l'allure des épидидymites à bascule. La résolution s'établit progressivement des deux côtés. L'enfant quitte le service après quatre semaines de séjour, avec une légère induration cellulaire du cordon, à droite et à gauche; avec de l'hypertrophie et une nodosité postérieure de l'épididyme gauche.

Les exemples de funiculite isolée ne sont pas rares (GOSSELIN, ZEISS, KOHN). GOSSELIN et ZEISS ont même rapporté des cas de *vas-aberrantite*.

5° *Epididymo-vaginalites à rechutes.* — Les malades qui sont atteints de cette variété d'épididymo-vaginalite, attribuent leurs rechutes successives, plus ou moins nombreuses, à un froissement de la glande, à une marche, à des excès alimentaires. Parmi les causes déterminantes, deux sont à retenir: le cathétérisme de l'urètre, le palper du testicule blennorrhagique. Nous devons les retenir pour mieux les éviter. Le cathétérisme, sauf indications spéciales, doit être proscrit chez le porteur d'une orchite; il ne devra être tenté que longtemps après la guérison apparente de l'affection et, auparavant, il faudra s'assurer de l'état de l'urètre postérieur. Le palper des bourses et de leur contenu devra être pratiqué avec rapidité, légèreté et prudence. La rechute s'annonce par de la sensibilité spontanée, provoquée et surtout par une poussée nouvelle de péri-épидидymite et de vaginalite. La nodosité de la queue de l'épididyme grossit et la cavité de la vaginale est distendue par une sérosité recrudescente: ces rechutes dépendent, par relation de cause à effet, des altérations de la prostate, des vésicules et, à l'origine, de l'urètre postérieur.

Le toucher rectal permettra de reconnaître une vésiculite,



une lésion prostatique qui témoignent directement du catarrhe de l'urètre postérieur.

C'est donc à cet urètre postérieur qu'il faut s'adresser, en dernier lieu, pour connaître les causes vraies de ces épидидymo-orchites à répétition ; les rechutes ne disparaîtront que si on traite le canal, les vésicules et la prostate.

**6° Complications ou modes de terminaison exceptionnels.** — La *péritonite* a été signalée par un grand nombre d'auteurs : HUNTER (1786), RICORD, FOURNIER, GOSSELIN, GODDARD, PETER, VELPEAU, CONSTANTIN PAUL, FAUCON (1877). C'est une péritonite *purulente*, circonscrite ou diffuse, enkystée ou généralisée. Elle débute au niveau de la région vésiculoprostatique par extension des lésions que j'ai décrites antérieurement ; et, suivant le sens de la marche de l'infection, elle peut précéder les déterminations testiculaires. L'observation de LEDOUBLE est particulièrement intéressante à cet égard ; au vingtième jour d'une urétrite blennorrhagique, un jeune homme présenta des accidents péritonéaux, avec région vésiculo-prostatique tuméfiée et sensible, ce n'est que pendant la troisième journée qui suivit le début de ces accidents, qu'apparut l'épididymo-vaginalite.

La blennorrhagie testiculaire se termine d'ordinaire par résolution, en laissant, comme traces de son passage, soit une induration de la queue de l'épididyme, consistant en une petite nodosité indolente, grosse comme une noisette, puis comme un pois, allongée, respectant l'anse de réflexion du canal déférent (RECLUS), soit un reliquat de fausses membranes tapissant les culs-de-sac vaginaux péri-épididymaires ou péri-déférentiels. De telles lésions pourront devenir le point de départ d'une épидидymo-vaginalite chronique.

La terminaison de l'affection par la *suppuration* est exceptionnelle. Cette complication se rencontre de préférence chez les jeunes sujets et les individus débiles. GOSSELIN, MICKANIEWSKY, VENOT ont publié des observations d'abcès enkysté de la vaginale.

GAUSSAIL, MARC d'ESPINE, VELPEAU, HARDY, GOSSELIN, BJORKEN, POLAILLON, BEAMISH rapportent des cas d'abcès du testicule,

M. SAINT-ANGE signale un abcès du cordon et de la tête de l'épididyme. L'étude de ces abcès génitaux est toute à faire. Aux cas publiés, il manque un double contrôle : anatomique et bactériologique. Le point de départ de l'abcès n'est pas toujours facile à déterminer, est-il vaginal, testiculaire ou épидidymaire ? Quels en sont les agents pathogènes ? GUELLIOT a publié, dans l'*Union médicale du Nord-Est*, un certain nombre d'abcès des bourses d'origine orchivoaginale dont le pus, examiné et cultivé, contenait des gonocoques, des streptocoques, des staphylocoques et des pneumocoques.

Quoi qu'il en soit, la suppuration s'annonce par une ascension de la courbe thermique, l'accélération du pouls, des sueurs, des troubles plus accusés de l'état général. Localement, la tuméfaction est plus chaude, plus douloureuse. Cette modification est circonscrite en une région limitée. Bientôt, à ce niveau, les téguments proéminent, s'amincissent et deviennent violacés. Il faut, avec soin, rechercher la fluctuation. La sensation perçue sera variable. Sensation de flot, rénitence, simple dépressibilité, témoigneront de la densité variable de la collection sous-jacente. Le flot caractérise plutôt l'abcès vaginal, la rénitence l'abcès testiculaire.

Le siège du point fluctuant n'a pas l'importance qu'on pourrait croire, sauf au niveau de la queue de l'épididyme et du pôle postérieur de la glande.

L'abcès s'ouvre. Le diagnostic est établi. Ou bien, la collection vaginale s'échappe au dehors et le testicule apparaît sain dans l'orifice de la plaie ; les parois de la cavité sont tapissées de fausses membranes et le pus contient des grumeaux. Ou bien, un abcès enkysté du testicule se vide, dont le contenu est un mélange de pus et de tubes séminifères qui sortent par l'ouverture en se montrant comme un *fungus* ; ou bien, il existe, en avant du testicule abcédé, un abcès enkysté de la vaginale, qui sert d'intermédiaire entre la glande et l'extérieur ; c'est une disposition semblable à celle que l'on observe au niveau des abcès intra-viscéraux qui s'ouvrent dans une cavité intra-séreuse, pleurale ou péritonéale, de néo-formation et soulèvent ensuite les téguments ; ou bien, l'abcès testicu-



laire répand son contenu dans la cavité vaginale, qui devient le siège d'une suppuration diffuse, en sorte que, à l'ouverture de la poche, le testicule apparaît dans le fond avec une solution de continuité par laquelle fait hernie un paquet de tubes séminifères; ou bien, enfin, le testicule est atteint secondairement et l'on assiste, après l'ouverture de l'abcès vaginal, à la perforation gangreneuse de l'albuginée.

Les conséquences d'un abcès vaginal ou testiculaire, abandonné à lui-même, peuvent être graves, surtout pour l'avenir du testicule; conséquences locales: persistance d'un trajet fistuleux, évacuation du parenchyme glandulaire et perte d'une glande; conséquences générales: septicémie, péritonite (Ricord).

La *nécrose* du testicule a été signalée par Ricord, Fournier, Gosse, Hiemann, Maas, Gerster, Miflet, etc. Elle peut être partielle ou totale. Le sphacèle de la glande est précédé de la mortification des enveloppes; puis, au niveau de l'albuginée, apparaît une tache brunâtre, molle sans être fluctuante, mais n'ayant pas l'aspect ordinaire des escarres gangreneuses (Fournier). A la partie profonde de la plaque, adhèrent des tubes séminifères qui seront entraînés progressivement dans sa chute. La coque testiculaire se vide de son contenu parenchymateux.

Enfin, notons quelques cas d'*atrophie* proprement dite du testicule, survenant après l'orchite-épididymite (Gosse, Nicaise, Mollière et Augagneur). Cette fâcheuse terminaison s'est présentée chez de jeunes sujets, 16 ans, 8 mois, 10 mois après la génitalité à gonocoques.

## II. — ORCHITES DIVERSES

dites *traumatiques, urétrales, générales* ou *diathésiques*.

**1° Orchite par choc direct.** — Je décrirai rapidement cette variété, dont l'histoire se confond, en somme, avec celle des contusions. Fréquenté autrefois, du temps de Cooper, de Vidal, de Cassis et de Velpeau, parce qu'on la confondait avec l'épi-

didymite blennorrhagique et même avec les formes aiguës de la tuberculose génitale, elle est devenue rare de nos jours, surtout depuis qu'on l'a nettement isolée de toutes les inflammations de la glande génitale d'origine urétrale. Malassez et Reclus, Monod et Terrillon ont spécialement étudié cette forme, les premiers au point de vue de l'anatomie pathologique, les seconds au point de vue de la pathogénie. Les causes de l'orchite, par choc direct, sont celles de la contusion. Elles ont été indiquées précédemment. Ce qu'il faut retenir, c'est qu'il n'y a pas de rapport nécessaire entre l'intensité du traumatisme et la gravité de la réaction inflammatoire. De plus, le testicule de l'enfant ou de l'adolescent présente une susceptibilité spéciale qui le prédispose à l'orchite et par suite à l'atrophie.

La glande génitale contusionnée est tuméfiée, congestionnée, ecchymotique. La cavité vaginale est souvent distendue par un hématome. L'épididyme est, par places, hémorragique; des altérations inflammatoires apparaissent au niveau de l'épithélium des tubes, de leur paroi et du tissu conjonctif qui les entoure. Elles se terminent par résolution et l'oblitération du canal épидидymaire n'a jamais été constatée.

Le testicule est plus malade. L'albuginée est épaissie, vascularisée. Le parenchyme est sillonné de capillaires distendus, parfois rompus, qui provoquent dans le tissu conjonctif interstitiel qui les entoure, une prolifération cellulaire intense. La paroi des tubes séminifères s'hypertrophie. Les cellules épithéliales prolifèrent et se troublent. Les lésions sont donc à la fois interstitielles et catarrhales; de plus, elles sont, en général, diffuses. L'avenir de l'organe est l'atrophie à brève échéance.

« Aux signes de la contusion: douleur accablante, syncopale avec irradiations vers le cordon, la région rénale, la racine des cuisses, s'ajoutent bientôt les signes de l'inflammation: la souffrance, qui s'était apaisée, reparait, mais plus sourde, comme voilée, et ne se réveille avec son intensité primitive que lorsqu'on presse la glande; celle-ci mal appréciable sous les bourses œdématisées, est plus grosse; l'épididyme participe à