

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, Gosselein, 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'orché-épididymite (Gosselein, 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

cet accroissement de volume et la vaginale contient un peu de sérosité; la réaction générale est légère; les vomissements, observés parfois au début, sont calmés; pas de fièvre, et l'orchite traumatique serait la plus bénigne des affections s'il n'y avait à redouter l'atrophie, perte irréparable dans les cas où l'inflammation est bilatérale; l'infécondité est alors fatale; si le coït est encore possible, le liquide qu'il épanche ne contient pas d'animalcules; le sujet peut prendre alors tous les caractères du féminisme. Le moignon n'est pas toujours indolore, et parfois de vives souffrances se déclarent par accès. Si le patient a échappé à la suppuration, à l'atrophie, aux névralgies testiculaires, tous les dangers ne sont pas conjurés et l'on cite des cas où la tuberculose envahit la glande » (Reclus).

2° Orchite par effort. — Elle a été admise (VELPEAU, ROUX, NÉLATON), puis rejetée (DUPLAY, 1876, DELORME, 1877), enfin admise de nouveau et définitivement (SCHWARTZ, MONOD et TERRILLON, CASTEX, DUPLAY lui-même).

Quoi qu'il en soit, elle est très rare et la « prétendue orchite par effort » n'est le plus souvent qu'une orchite, d'origine urétrale, se manifestant à l'occasion d'un excès de coït ou de continence, d'une érection sans éjaculation, d'une masturbation, d'un effort quelconque.

Comment agit l'effort?

Il agit par contraction des fibres externes du grand droit, lesquelles soutiennent normalement le *cordon* (VELPEAU), par celle du crémaster qui frappe le testicule contre le pubis (TILLAUX), par étranglement dans le pédicule des bourses (TERRILLON); en somme, tout se réduit à des phénomènes de contusion.

Pour Guelliot, l'effort agit en provoquant « un coup de fouet », surtout quand il y a varicocèle concomitant. Il en résulterait un hématome funiculaire et péri-épididymaire qui pourrait en imposer pour une déférentite et une péri-épididymite. Quant à l'inflammation vraie, elle suppose, si elle existe, des altérations latentes du testicule.

Rien de particulier à signaler dans le tableau clinique, si

ce n'est la brusquerie spéciale du début de l'orchite, succédant à l'effort.

3° Orchite par manœuvres urétrales. — Ainsi que l'indique la définition, elle succède au passage, dans le canal urétral, chez des urinaires de toute nature, d'instruments différents qui agissent en contusionnant la muqueuse prostatique et en augmentant la virulence des saprophytes qui pullulent à sa surface (cathéters, sondes, bougies, lithotriteurs, algaliés, divulseurs, urétrotomes). GUYON incrimine plus particulièrement la sonde à demeure chez les prostatiques. MONOD et TERRILLON ont vu une orchite succéder à l'ablation ignée d'un épithélioma de la muqueuse rectale au niveau de la région vésiculo-prostatique.

L'inflammation de la glande génitale se manifeste quelques heures ou quelques jours (HORNOSTEL) après le cathétérisme. L'affection se présente sous trois formes cliniques: la forme *subaiguë*, sans réaction générale, avec peu de réaction locale, presque indolente. Il faut presser l'épididyme pour provoquer une douleur sourde. Il y a une hydrocèle symptomatique quelquefois abondante, toujours tenace (RECLUS).

La forme *aiguë*, assez dramatique, avec troubles de l'état général et réaction locale intense; c'est une forme à rechutes, qui se rencontre de préférence chez les calculeux, les rétrécis et les prostatiques.

La forme *suppurée*, qui n'est pas rare et qui suppose un malade affaibli (GUYON et PILVEN). Dans les cas de VERNEUIL, GOSSELIN, RECLUS, l'état général était mauvais. L'abcès s'ouvre, le parenchyme fait hernie, le testicule fond et la coque de l'albuginée subsiste seule avec l'épididyme. Ces abcès sont multiples, petits (du volume d'un gros pois) et une membrane d'enkystement les isole nettement du tissu normal.

4° Orchite ourlienne. — Cette variété est connue depuis Hippocrate. Mais elle n'a été bien étudiée que depuis le XVIII^e siècle. En particulier, l'atrophie testiculaire, à la suite des oreillons, a été reconnue, pour la première fois, par HAMILTON en 1761. En 1866, GRISOLLE, dans un mémoire publié par la *Gazette des Hôpitaux*, traite longuement cette complication.

MALASSEZ et RECLUS donnent, en 1876, la description anatomo-pathologique de l'organe atrophié.

La fièvre ourlienne est une infection générale à multiples localisations; elle frappe les glandes salivaires, la sublinguale, la sous-maxillaire et surtout la parotide; la glande mammaire, l'ovaire et la grande lèvre chez la femme; le testicule, l'épididyme et la prostate chez l'homme.

En règle générale, l'orchite est la complication la plus habituelle des oreillons.

Elle épargne les enfants, mais frappe les adultes dans des proportions assez fortes, qui varient, d'ailleurs, « suivant le génie épidémique ».

Citons quelques statistiques :

La statistique de LAVERAN accuse 211 orchites sur 699 cas d'oreillons;

Celle de BISH en donne 254 sur 862;

TÉDENAT a observé la complication 26 fois sur 47 cas;

VEDRÈNES admet le chiffre relatif de 36 pour 100;

Dans l'épidémie de l'Ardent et dans le relevé de Dogny, la proportion est de 12 sur 12, d'une part, de 27 sur 27, d'autre part;

Dans les épidémies d'Albi, de Bayonne et de Melun, il y a 32, 26, 7 cas d'orchite sur 118, 105, 56 cas d'oreillons.

En tenant compte de toutes les statistiques parues jusqu'à ce jour, l'orchite complique les oreillons dans les 31 pour cent des cas.

Le testicule est, en général, frappé seul; l'épididyme, la tunique vaginale, la prostate sont respectés par l'inflammation. Il n'en est pas toujours ainsi. Dans certains cas, l'épididyme est altéré, en même temps que le testicule; TÉDENAT nous dit même que, dans deux observations, « l'épididymite prédominait sur la testite ». L'épididymite ourlienne peut être l'unique complication, ainsi que BAUM, PITHA, JACOB, CARPENTIER en ont rapporté des exemples.

Enfin, nous connaissons des cas de vaginalite et péri-vaginalite (BOYER), de funiculite (BOYER et RILLIET), de prostatite (GOSSELIN), d'hydrocèle et d'abcès des bourses (RONGES).

A la période d'état, le testicule apparaît tuméfié, de la grosseur d'un œuf de poule. L'organe est très congestionné; l'albuginée, ainsi que les travées fibreuses, est très épaissie; les cellules jeunes, de nouvelle formation, se rassemblent autour des vaisseaux; cette disposition se présente même dans les espaces péricanaliculaires. En général, les altérations interstitielles sont légères.

Par contre, les lésions des tubes séminifères sont considérables; des deux membranes qui constituent la paroi d'un tube, l'interne est extrêmement tuméfiée; elle décrit de larges sinuosités, qui se développent aux dépens de la lumière du canal.

Les cellules nobles sont en pleine dégénérescence granuleuse; la production des spermatozoïdes est profondément troublée; les animalcules, quand ils existent, sont petits, à contours vagues; parfois même, ils se trouvent réduits à l'état de masses granuleuses.

Lorsque le testicule est atrophié, il est mou, flasque et semble réduit à une coque albuginée trop vaste pour contenir le parenchyme. On ne distingue plus, à la coupe, les travées fibreuses; la substance glandulaire est pâle, blanchâtre, décolorée. Les canalicules sont petits et se brisent dès qu'on cherche à les étirer. Les tubes sont devenus des cordons pleins et la membrane interne de la paroi se montre épaissie, plissée, dessinant des circonvolutions.

« Lorsque le testicule est envahi, on le voit, en deux ou trois jours, doubler ou tripler de volume; il est plus lourd, plus résistant que de coutume, mais il est loin d'offrir la dureté, le poids et la sensibilité qu'on observe dans les engorgements franchement inflammatoires. La peau du scrotum est d'un rouge parfois un peu violacé. La plupart des malades accusent peu de douleur, même lorsqu'on exerce un certain degré de pression sur l'organe.

« Dans les cas où j'ai fait une exploration complète, il m'a paru que, contrairement à ce qu'on voit dans l'orchite blennorrhagique, l'épididyme était presque toujours intact, et que le corps seul de l'organe était affecté; plusieurs fois aussi,

il m'a semblé qu'il existait un peu d'épanchement dans la tunique vaginale.

« Ce gonflement produit beaucoup moins de malaise que l'oreillon lui-même. Quelques malades se croient même guéris et l'appétit revient aisément. L'engorgement testiculaire est susceptible des mêmes terminaisons que l'oreillon. Il se résout, le plus communément, après cinq ou six jours; la suppuration est une des terminaisons les plus rares et que, pour ma part, je n'ai jamais observée. Enfin, on a vu cette affection se terminer elle-même par une métastase sur la région parotidienne, puis la maladie se reporter de celle-ci sur le testicule, et ainsi plusieurs fois de suite de l'un à l'autre.

« On a prétendu également que, dans quelques cas, la disparition subite de l'engorgement parotidien et des testicules avait été promptement suivie d'accidents graves et que des malades avaient été emportés avec du délire et des convulsions. Le testicule revient communément à l'état normal; cependant, il n'est pas rare de le voir s'atrophier » (GRISOLLE).

L'orchite ourlienne peut précéder les oreillons (LYNCH, BÉRARD, MICHEL, BOYER, TÉDENAT, ROQUE, TERRILLON); par contre, elle peut se manifester très tardivement, dix jours et même trois semaines, après la parotidite, dans les deux observations de GRIVET. Il existe des cas très rares d'orchite sans oreillons (RESSÉGUIER, BOYER, VIDAL, SOREL, KOCHER, TÉDENAT, LAVERAN, GRISOLLE); MONIN, dans sa thèse, en a réuni 37 cas.

L'affection se termine exceptionnellement par suppuration (ROUGES, BOYER, RAVETON), le plus souvent par résolution et atrophie.

L'atrophie testiculaire présente une fréquence variable suivant les épidémies. Dans certaines de ces dernières, elle fait même complètement défaut (RIZET, ARRAS, LURY). D'ordinaire elle apparaît dans les deux tiers des cas (LAVERAN, VÉDRÈNES).

Cette redoutable terminaison entraîne des conséquences fonctionnelles très graves. Quand l'atrophie est double, les appétits vénériens peuvent disparaître avec les spermatozoïdes. Il existe même un cas de féminisme acquis.

5° Orchite typhoïdique. — Cette complication de l'infection éberthienne, passée sous silence par des cliniciens de valeur, comme LOUIS, CHOMEL, MURCHINSON, a été signalée pour la première fois par VELPEAU (1844). Depuis cette époque, bien des observations ont été publiées et bien des thèses ont paru sur la question. HARDY, CHÉDEVERGNE, VALLIN, VIDAL, SABOURIN, ELOY, LARQUIER, SADRAIN, PEIN méritent d'être cités. J'insisterai seulement sur le travail de DUFFEY qui, dans une épidémie sévissant sur la garnison de Malte en 1867, a observé dix-huit cas d'orchite typhoïdique; le mémoire d'OLLIVIER (*Revue de médecine*, 1883) et l'article de SALLÈS et BARJON (*Gazette des hôpitaux*, 1896).

L'orchite dothiéntérique frappe surtout les sujets de quinze à trente ans; elle survient, dans la grande majorité des cas, pendant la convalescence, après trois, six, dix jours d'apyrexie. Son apparition peut être encore plus tardive; la complication testiculaire s'est montrée au vingtième, et même au quarantième jour de la convalescence. Par contre, dans les cas de GUYON et de GIRODE, l'inflammation de l'organe se manifesta au septième et au quinzième jour de la maladie, c'est-à-dire en pleine évolution, à la période d'état.

C'est le testicule lui-même qui fixe, en général, la localisation morbide. Il est tuméfié, globuleux, du volume d'une petite pomme ou d'un œuf de poule. Histologiquement, il présente les lésions de l'orchite interstitielle et parenchymateuse tout à la fois; les cellules épithéliales disparaissent et les tubes sont remplis d'éléments embryonnaires; dans l'intervalle des canalicules, surtout autour des vaisseaux, la prolifération cellulaire est très active.

Dans certains cas (observations de GIRODE, SALLÈS et BARJON), l'épididyme est intéressé par des altérations interstitielles et extra-caniculaires de nature inflammatoire. Le cordon et les ganglions inguinaux ne sont pas toujours indemnes. La cavité vaginale contient parfois un peu de liquide; cette légère hydrocèle symptomatique accompagne les lésions épididymaires, qui sont peut-être plus fréquentes qu'on ne le croit généralement.

La pathogénie de l'affection n'est plus discutable aujourd'hui. Dans les formes suppurées, la présence du bacille d'EBERTH a été authentiquement reconnue (observations TAVEL, PEIN, JACOUD, GIRODE). Dans les formes simples, l'exsudat, prélevé par une ponction capillaire, pratiquée dans l'organe, donne des cultures bacillaires spécifiques (SALLÉS et BARJON). Donc, la dothiéntérie, comme toute infection, par sa virulence, pure, sans association secondaire, peut offrir des manifestations multiples.

Les déterminations morbides siègent au niveau d'organes bien différents : méninges, plèvre, tissu cellulaire, os, etc. Et l'orchite doit prendre place à côté des ostéomyélites, par exemple, c'est-à-dire qu'elle peut se montrer très tardivement, plusieurs mois après la maladie.

De toutes les hypothèses émises sur la nature de l'orchite typhoïdique, avant la découverte du bacille d'Eberth (génie épidémique, influences climatiques et saisonnières, masturbation, thrombose cachectique des veines spermatiques), il en est une qui mérite d'être signalée. Pour ALBERT ROBIN, un catarrhe des voies urinaires ne serait pas rare pendant le déclin et la convalescence de la dothiéntérie. Quelques malades, atteints d'orchite, ont accusé une cuisson assez vive à la fin de la miction ; dans une observation de VIDAL, une hématurie précéda l'orchite ; elle témoignait d'une fluxion congestive des organes génito-urinaires ; SALLÉS et BARJON, dans l'histoire de leur malade, relatent le suintement, à l'orifice urétral, de quelques gouttes d'un liquide louche, séro-purulent, ne contenant ni gonocoque, ni d'autre micro-organisme, renfermant des globules de pus et des cellules épithéliales desquamées. SADRAIN, VIDAL, VALIN et DESNOS ont insisté particulièrement sur cette urétrite catarrhale qui accompagne l'orchite typhoïdique.

Dans la pathogénie de cette orchite, quelle part revient respectivement à l'infection générale et à l'infection urétrale ? Dans l'immense majorité des cas, c'est la première qui crée le type anatomo-clinique ; les cultures pures de bacille d'Eberth le prouvent. L'épididymite ne va pas à l'encontre de cette affir-

mation, puisqu'elle est interstitielle et extra-canaliculaire. Les altérations du testicule sont primitivement interstitielles et secondairement parenchymateuses.

Cependant, logiquement, les altérations de l'urètre postérieur peuvent modifier ce type anatomo-clinique. Malheureusement, nous sommes trop pauvres en observations ; l'histoire pathogénique et bactériologique des orchites infectieuses est encore à faire.

Voici un typhique, qui entre en convalescence ; depuis quelques jours, il n'a plus de fièvre, quand brusquement, dans le cours d'une journée, il est pris de frissons, se plaint de la tête et se sent très mal à l'aise. Les yeux sont brillants, la bouche est sèche, la peau devient chaude. Le thermomètre marque une ascension thermique qui peut aller jusqu'à 40°.

Le malade attire l'attention sur un de ses testicules, c'est, en général, le testicule droit. Il en souffre. La glande devient pesante, douloureuse. Les douleurs sont vives, lancinantes, partant des bourses ou du pli de l'aîne, pour s'irradier dans les reins ou dans les cuisses. L'organe est sensible à la pression. Il est gros comme une petite pomme ou un œuf de poule. L'épididyme est le plus souvent respecté ; parfois il est tuméfié ; le cordon est infiltré, dur, augmenté de volume ; les ganglions inguinaux peuvent être engorgés ; le scrotum est à peine modifié et glisse sur les parties sous-jacentes. La vaginale peut contenir un peu de liquide ; le plus souvent, cliniquement du moins, elle n'est pas intéressée : les auteurs ne signalent rien de particulier du côté de la prostate et des vésicules ; ce dernier détail appelle de nouvelles recherches.

La résolution est obtenue après une douzaine de jours et l'organe revient à son état primitif et normal. L'atrophie est exceptionnelle ; elle a cependant été signalée par quelques auteurs, HANOT en particulier.

Cette variété clinique que je viens de décrire rapidement se rencontre le plus souvent. C'est l'orchite *typhoïdique simple*. Mais il existe d'autres formes.

Dans l'orchite *insidieuse*, la douleur spontanée ou provoquée, est sourde, la fièvre peu marquée ; la complication peut

passer inaperçue, surtout si elle se développe avant la déferescence.

L'orchite *suppurée* n'est pas très fréquente. OLLIVIER la signale six fois sur les vingt-sept cas qu'il a réunis, DIEULAFOY en rapporte un seul sur huit personnels. SALLÈS et BARJON réunissent cinq observations dont le diagnostic est confirmé bactériologiquement.

Le plus souvent, il s'agit de phénomènes inflammatoires se prolongeant outre mesure, sans grande réaction locale ni générale. Le scrotum adhère profondément et partiellement à la glande. Les abcès sont petits, gros comme des noisettes, véritables pustules purulentes ; les téguments sont amincis, puis perforés, et la solution de continuité donne issue, non seulement au pus, mais à un paquet de tubes séminifères. Finalement, l'organe se vide plus ou moins rapidement, en un ou plusieurs temps ; il ne reste plus que l'albuminée et l'épididyme. Le pus est spécifique¹.

1. A la Société médicale des Hôpitaux du 25 mai 1900, LAUNOIS et LOEPER présentèrent l'observation d'un typhique qui, au 38^e jour de sa convalescence, fit assez brusquement une orchite. Celle-ci évolua pendant 52 jours, avec les signes classiques. Elle suppura et un abcès du testicule fut ouvert le 25^e jour après le début de la complication génitale. Après la guérison, une notable réduction persista dans les volumes de la glande.

Cette observation nous démontre tout d'abord que l'agent pathogène peut révéler son existence par une inflammation et une suppuration tardives et qu'il en est de l'orchite typhoïdique comme de l'ostéomyélite éberthienne. De plus, suivant l'exemple de MÉNÉTRIER, THIROLOIX, GRODE..., LAUNOIS et LOEPER complétèrent leur description clinique par des faits histologiques et bactériologiques intéressants. Du sang, prélevé par ponction du testicule malade, donna une culture pure et très abondante de bacilles d'Eberth ; le liquide de l'épanchement vaginal symptomatique, absolument stérile, agglutina cependant un bacille de provenance étrangère ; le pus de l'abcès était très riche en leucocytes mononucléaires et pauvre en polynucléaires. La diminution du taux de ceux-ci et l'augmentation du nombre de ceux-là furent constatés dans le sang même du malade avec la manifestation de l'orchite, la réaction d'Ehrlich, qui avait disparu, se montra de nouveau ; au contraire, l'éosinophilie, qui subsistait encore, cessa définitivement. La leu-

6° Orchite scarlatineuse. — Au cours de la scarlatine, l'orchite est une complication exceptionnelle. Aux trois observations déjà connues, celles de HÉNOCH, HORTELOUP et DEPASSE, il faut joindre le cas plus récent publié par FAUGÈRE (de Bordeaux). L'orchite survient à une époque variable dans l'évolution de la fièvre éruptive ; elle apparaît de façon tardive (au 18^e jour ; cas de HÉNOCH) ou précoce (au 3^e jour cas de HORTELOUP). Dans l'observation de FAUGÈRE, la complication génitale a précédé l'éruption scarlatineuse, puis elle a disparu quand celle-ci est apparue, enfin elle s'est montrée de nouveau à la période de desquamation.

Anatomiquement et cliniquement, il s'agit le plus souvent d'une épидидymite s'accompagnant d'un volumineux épanchement vaginal. La marche des lésions est rapide et tout rentre dans l'ordre lorsque commence la desquamation cutanée.

Quel est l'avenir du testicule ? Les auteurs ci-dessus nommés sont muets sur la question.

7° Orchite varioleuse. — VELPEAU et GOSSELIN la signalent ; BÉRAUD, CHIARI et FONEUIL la décrivent avec soin.

C'est plus souvent une vaginalite qu'une orchite proprement dite ou qu'une épидидymite.

Dans les 23 observations consignées par FONEUIL, il s'agissait 17 fois de vaginalite double avec épanchement (un seul cas de vaginalite unilatérale), 5 fois d'orchite parenchymateuse avec ou sans participation de la vaginale, 2 fois d'épididymite.

Je n'ai pas à revenir sur la description anatomo-pathologique des diverses formes de l'affection. Les altérations qu'on observe sont celles des vaginalites, orchites et épидидymites en général.

Je veux insister seulement sur les détails suivants. Le pa-

cocytose fut peu accrue par la suppuration du testicule. Quant au sérum du malade, il retrouva les propriétés agglutinantes qui s'étaient atténuées jusqu'à disparition complète, pendant la convalescence. Il agglutina au 1/50 un bacille de provenance étrangère et au 1/100 un bacille de provenance directe.

renchyme testiculaire, qui est congestionné, se trouve, sur une coupe, parsemé d'ilots jaunâtres, indépendants des tubes qu'ils refoulent, et repoussant la surface interne de l'albuginée (BERAUD). Les lésions épididymaires sont localisées à la queue de l'organe ; la gaine séreuse est tapissée d'exsudats fibrineux ; le tissu sous-séreux, si abondant, qui entoure les canaux, prolifère dans ses éléments, et se dispose en stratification. Immédiatement en rapport avec ces canaux, il existe un amas de matière jaunâtre. Quant aux tubes eux-mêmes, la paroi en est hypertrophiée et l'épithélium de revêtement est atteint de dégénérescence granulo-graisseuse (QUINQUAUD).

La vaginale, altérée plus ou moins profondément, peut être le siège d'un épanchement abondant ; en général, il y a peu de liquide ; quelquefois il n'y en a pas du tout.

Cette complication génitale de la variole passe inaperçue, si le médecin ne prend pas le soin de la rechercher. Elle est cependant fréquente, si l'on en juge par le relevé de CHIARI qui l'a observée 45 fois sur 62 cas de variole, et par celui de QUINQUAUD qui l'a vue 3 fois sur 8 cas.

« On trouve une des deux bourses — l'affection est presque toujours unilatérale — volumineuse, fluctuante, quand il y a coexistence de vaginalite, douloureuse à la pression ; on ne peut, à cause de l'œdème scrotal et de l'épanchement, délimiter les parties constituantes de la glande. Cette douleur et ce gonflement ne durent guère et, au bout de quelques jours, ils ont disparu sans laisser de traces » (RECLUS). Voilà la description de la vaginalite, qui se termine toujours par résolution. RICORD, seul, aurait constaté une fois, la suppuration consécutive.

S'il y a orchite, la glande est tuméfiée, douloureuse ; l'épididyme, intéressé, est plus volumineux ; il existe, au niveau de la queue, une induration très nette et particulièrement sensible à la pression. Cette induration persistera, très réduite en témoignage de l'inflammation passée.

8° Orchite amygdalienne. — Cette variété a été décrite pour la première fois par JOAL, s'inspirant des idées de BOUCHARD, LANDOUZY et SIREDEY sur l'infection amygdalienne

à multiples déterminations (amygdales, testicule et ovaire). VERNEUIL, en 1857, avait déjà parlé de « ces épanchements dans la tunique vaginale, métastatiques de l'arrière-bouche ». Cette façon de comprendre l'orchite amygdalienne n'est pas indiscutable. MONOD et TERRILLON nient cette forme, et considèrent « qu'il s'agit là d'oreillons à forme bizarre ». En ce cas, l'amygdalite ne serait que la fixation de la stomatite, qui, suivant certains auteurs, précède nécessairement la parotidite ourlienne.

Quoi qu'il en soit, l'orchite amygdalienne est caractérisée par l'inflammation, non seulement du testicule, mais encore de l'épididyme et de la vaginale.

L'affection, qui est unilatérale et qui frappe de préférence les jeunes sujets, évolue en quelques jours et se termine, le plus souvent, par résolution.

JOAL cite un cas de terminaison par suppuration, et VERNEUIL en rapporte un autre, avec atrophie consécutive, découverte, d'ailleurs, vingt années plus tard.

9° Orchite rhumatismale. — Bouisson (de Montpellier) étudie, le premier, cette variété. D'autres observations de cette affection sont consignées dans les thèses de VACHE et de DHOMONT. En 1876, RECLUS publie un cas « typique » des plus intéressants.

« Un corroyeur de soixante et un ans entre à Saint-Antoine pour un rhumatisme articulaire. Six jours auparavant, il avait été pris de fièvre intense, violents frissons, céphalalgie, dégoût pour les aliments, nausées. Dès le lendemain, gonflement douloureux des deux genoux, puis des poignets. Alors survint une tuméfaction considérable du scrotum, rouge, œdématié ; l'épididyme paraît volumineux aussi bien que le testicule lui-même. Pas d'écoulement urétral ; questionné sur ce point, le malade affirme n'avoir pas eu de chaude-pisse depuis vingt-cinq ans. Quatre jours après, le testicule droit se prend sous nos yeux. L'organe tout entier devient dur, gros, douloureux ; le scrotum est tendu, luisant, épaissi. Ces symptômes ne sont pas de longue durée et, en même temps que disparaît le gonflement du poignet gauche, le testicule de

ce même côté devient moins tendu ; les accidents s'améliorent à tel point que, vingt jours après le début de l'orchite, ce testicule est revenu à son volume normal. Même marche du côté droit ; l'épididyme, qui formait une espèce de chapeau enveloppant le testicule, commence à perdre de son volume, la douleur disparaît. Mais peu à peu les testicules se rapetissent, le gauche d'abord, ensuite le droit ; et lorsque le malade quitte l'hôpital, ses glandes atrophiées n'ont que le tiers environ de leur volume primitif. »

Dans l'observation de RECLUS, il s'agissait d'une orchite-épididymite.

Dans un certain nombre de cas, c'est la vaginalite qui constitue le symptôme prédominant. PANAS a rapporté l'histoire d'un malade, atteint de manifestations rhumatismales ; ce sujet présentait une hydarthrose du genou droit, une ténosynovite du côté correspondant et une double vaginalite avec épanchement. L'administration de salicylate de soude fit merveille.

10° Orchite goutteuse. — Cette variété est niée par Jaccoud et LABADIE-LAGRAVE ; par contre, RUSH et GINTRAC en affirment l'existence.

Depuis la communication de GUYOT à la Société de Chirurgie, quelques observations qui semblent probantes, ont été publiées par GUYOT lui-même, DEBOUT d'ESTRÉES, MILLARD, LATIL ; LEGALCHER-BARON a résumé la question, qui appelle encore de nouvelles recherches.

11° Orchite saturnine. — L'observation de FAVREL est classique : « Un peintre en bâtiments est pris de douleurs vives du testicule gauche ; la bourse correspondante est volumineuse ; à la palpation, on constate que la glande a triplé de volume et forme une tumeur ovoïde dans laquelle il est impossible de distinguer le testicule de l'épididyme ; cependant, la tête de ce dernier fait une saillie distincte non douloureuse. Point de liquide dans la vaginale. Le cordon, la vésicule, la prostate, l'urètre, la vessie, ne présentent rien d'anormal, mais il existe un léger mouvement fébrile et la langue est saburrale. Comme manifestations saturnines, on note un liséré

peu marqué, une arthralgie du genou et de l'épaule droite, aussi l'absence d'antécédents héréditaires de tuberculose, de rhumatisme, de traumatisme et de blennorrhagie fit-elle porter le diagnostic d'orchite saturnine ; la douleur et la tuméfaction disparaissent bientôt... Si j'en crois ce malade, beaucoup de ses camarades auraient aussi des accidents du côté des testicules. »

12° Orchite paludéenne. — Elle a été étudiée par GIRERD (*Siècle médical*), MAUREL (*Traité des maladies paludéennes de la Guyane*), BERTHOLON (*Archives générales de Médecine*), SCHMIDT (*Archives de médecine militaire*) et CHARCOT (*Revue de Chirurgie*).

Les formes cliniques ont été multipliées par Girerd : *orchialgie* ; *orchite blennorrhagique compliquée de paludisme* ; *névralgies testiculaires* au cours de la fièvre intermittente ; *orchite paludéenne primitive* et *orchite intermittente*.

Je ne parlerai que des deux dernières sous-variétés qui sont intéressantes.

L'orchite paludéenne primitive débute brusquement, à la façon d'un accès intermittent, par une douleur vive, caractéristique. Deux ou trois jours après, testicule, épидидyme et vaginale sont fluxionnés et, dès lors, les lésions ne subissent aucune modification, malgré les accès fébriles qui apparaissent et disparaissent. La résolution se fait au bout de trois semaines ; il persiste souvent, au niveau de la tête de l'épididyme, une induration qui atteste l'inflammation passée. La quinine n'a pas grande influence sur l'évolution de l'orchite.

Parfois, « la poussée inflammatoire suit les fluctuations de l'accès fébrile auquel elle est liée » (CHARCOT) ; c'est une orchite intermittente. « Son invasion brusque, la tuméfaction des testicules proprement dite, si rare dans les autres variétés, et, en particulier, dans la forme blennorrhagique, la rapide évolution des accidents qui, dès les premières quarante-huit heures, atteignent leur période d'état, l'influence de la médication quinique qui jugule les phénomènes inflammatoires ; enfin le noyau scléreux qui persiste vers la tête de

l'épididyme et non vers la queue, comme dans les inflammations d'origine urétrale, voilà, certes, des éléments suffisants à établir le diagnostic » (RECLUS).

Je mentionnerai seulement les orchites qui surviennent au cours de la pneumonie, de la grippe (quelques cas ont été signalés), ainsi que l'orchite de la Guyane, inconnue dans notre pays, et l'orchite lymphotoxique (LE DENTU).

III. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'ÉTIOLOGIE, LA PATHOGÉNIE ET LA BACTÉRIOLOGIE DES INFECTIONS GÉNITALES ET PLUS PARTICULIÈREMENT DES ORCHI-ÉPIDIDYMITES AIGUËS.

Après avoir passé en revue, au point de vue anatomique et clinique, les diverses formes des inflammations de la glande génitale, je crois utile de mettre au point la question de ces inflammations dans leur étiologie, leur pathogénie et leur bactériologie.

A ce point de vue, l'histoire des orchépididymites s'établit lentement; aussi, est-il facile de signaler les progrès accomplis et de marquer les principales étapes.

Dans les vingt premières années de notre siècle, toutes les tumeurs vénériennes étaient encore confondues et ce n'est que depuis ROCHOUX, MOREAU, BLANDIN, grâce aux travaux de RICORD et de ses élèves, que les inflammations de la glande génitale sont réellement distinguées. Mais, si la clinique de ces affections est assez bien connue, les notions étiologiques et pathogéniques, que les auteurs possèdent sur la question, sont bien vagues et manquent de précision scientifique. C'est l'heure des théories de la métastase, de la sympathie, de la rétention spermatique dans les voies séminales. C'est l'heure de la classification des orchépididymiques en variétés traumatiques, urétrales et générales, encore adoptée par les classiques.

L'idée de l'infection génitale ascendante, par inoculations successives, ne tarde pas à hanter les esprits, c'est la plus logique; elle est bientôt adoptée. Par suite, l'urètre postérieur est considéré comme la source de l'infection,

NEISSER (1879) découvre le gonocoque. Avec les tendances de l'époque, tout ce qui semble obscur devient clair; tous les écoulements urétraux et toutes les complications génitales deviennent gonococciques.

La formule était trop simple. Elle demandait à être vérifiée.

La phase bactérienne de l'histoire des orchépididymites commence avec AUBER qui, le premier, en 1884, signala, dans l'écoulement de l'urétrite, la présence de micro-organismes bien différents du gonocoque.

Ces micro-organismes, saprophytes de l'urètre, hôtes vulgaires du canal, inoffensifs en temps ordinaire, peuvent, dans des circonstances spéciales, devenir pathogènes, par excès de virulence ou moindre résistance de vitalité locale, et créer, dans la région qu'ils occupent, un véritable foyer de contamination ou d'inoculation.

L'histoire des urétrites devait expliquer celle des orchépididymites.

J'aurai, chemin faisant, l'occasion de parler de LEGRAIN, PETIT et VASSERMANN, ANDRY, JAMIN, ERAUD et HUGONENCO, d'ARLHAC, etc. Parmi les travaux publiés sur le sujet qui nous occupe, ceux de FAITOUT (1896), de MACAIGNE et VANVERTS (1896) sont à signaler.

Lorsqu'un médecin se trouve en présence d'une inflammation génitale et, plus simplement, d'une épépididymite, il doit se demander : 1° quel est le *point de départ* de l'infection ? 2° quels sont les *agents microbiens* de cette infection.

Étudions donc successivement le point de départ et les microbes pathogènes.

1° Le point de départ. — Ce point de départ est *urétral* ou *n'est pas urétral*.

Il est *urétral*. C'est le cas le plus fréquent; certains auteurs modernes disent même qu'il est constant.

Toute inflammation génitale, d'origine urétrale, intéresse les voies spermatiques, de façon latente ou patente. Le microbe pathogène peut parcourir un canal sans provoquer de thrombose septique et ne coloniser que loin de son point de départ, en respectant bien des étapes intermédiaires (RECLUS).