

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'ÉTILOGIE, 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 orché-épididymites 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 orché-épididymiques 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 orché-épididymites 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 orché-épididymites.

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 épididymite, 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).

Le testicule est respecté dans la plupart des cas.

Toute urétrite n'infecte pas les voies spermatiques, grâce à l'étroitesse et à la contractilité des canaux éjaculateurs (MONOD et TERRILLON).

Il existe un grand nombre de formes urétrales :

- 1° L'*épididymo-vaginalite blennorrhagique*; je l'ai décrite longuement, avec les variétés de la génitalité à gonocoques;
- 2° Les *inflammations de la glande génitale consécutives aux écoulements urétraux non gonococciques*.

Ces formes sont mal connues, mais moins rares qu'on ne le suppose.

« Cette rareté n'est probablement qu'apparente et due à ce que, en présence d'un écoulement urétral d'origine vénérienne, on pose d'emblée le diagnostic d'écoulement blennorrhagique. Seule la bactériologie peut nous éclairer sur la nature de cet écoulement; mais il est bien difficile, sinon impossible, quoi qu'en dise DAY (qui désignait sous le nom de blennorrhoides les urétrites d'origine vénérienne, mais non gonococciques) de différencier cliniquement une urétrite gonococcique d'une urétrite non gonococcique. L'impossibilité de distinguer par les signes cliniques l'urétrite blennorrhagique est telle que JULIEN écrit :

« Sur le terrain de la clinique, nous demandons en vain les signes qui doivent nous guider et nous permettre de séparer les vraies des pseudo-blennorrhagies, en remontant, sans nous égarer, jusqu'à la détermination exacte de leur cause originelle. » Or, il est bien rare qu'on pratique l'examen bactériologique, seul moyen sûr de diagnostic. Il en résulte que si, dans le cours de cet écoulement réputé blennorrhagique, se développe une orchite-épididymite, celle-ci est naturellement déclarée d'origine blennorrhagique, et ainsi le domaine de l'orchite blennorrhagique paraît plus étendu qu'il ne l'est réellement (MACAIGNE et VANVERTS). »

3° Les orchites, dites *traumatiques*, qui reconnaissent trois mécanismes différents. Il s'agit d'une orchite, survenant chez un individu atteint d'urétrite postérieure et dont la contusion des bourses n'a été qu'une cause déterminante. Les ma-

lades, d'ailleurs, admettent volontiers un traumatisme à l'origine d'une affection inflammatoire ou organique.

Ou bien il s'agit d'une orchite, dite par effort, qui complique, à un moment donné, une urétrite réelle, passée inaperçue (théorie de DUPLAY et de DEBORE).

Ou bien il s'agit d'une orchite consécutive à un traumatisme interne, tel que celui qui résulte du passage d'un cathéter ou de la mise en place d'une sonde à demeure chez un urinaire. Ces manœuvres blessent la muqueuse urétrale, tout en introduisant, dans le canal, des germes pathogènes extérieurs. L'excès de virulence des microbes et la moindre résistance du canal préparent une poussée infectieuse qui n'épargnera pas les voies séminales. Le testicule est lui-même assez souvent intéressé.

4° Les orchites dites de cause *générale* ou *diathésique*.

Exemples : l'orchite *ourlienne* qui suppose bien souvent une urétrite prémonitoire comme l'ont observé TÉDENAT, BELLOIR, GRAVES, STIÉVENARD, BARTHEZ, SANNÉ, ERAUD et HUGONENCO, LAVERAN et CATRIN. Cette variété est parfois une épididymite, qui laisse, après elle, une induration caudale caractéristique; l'orchite *rhumatismale* ou *goutteuse*, qui peut être d'origine urétrale. « Outre les urétrites à gonocoques, il n'est pas exceptionnel de rencontrer chez les prédisposés à la goutte, de même que chez les goutteux déclarés, des catarrhes muqueux ou séreux de l'urètre évoluant d'une manière subaiguë en trois semaines et coïncidant avec la présence dans l'urètre d'une éruption d'herpès qui très souvent apparaît avant, en même temps ou après, sur le prépuce. Les blennorrhées des goutteux, même non vénériennes, peuvent se compliquer d'épididymite et d'orchite, impunément qualifiées de goutteuses (LE GENDRE).

L'orchite *typhoïdique* qui reconnaît en bien des cas une source urétrale (MONOD et TERRILLON, HALBONT, AUGAGNEUR, WIDAL, SAVRAIN). RECLUS admet volontiers la double origine urétrale et générale.

L'orchite *paludéenne* qui, dans ses deuxième et troisième formes, n'est qu'une orchite blennorrhagique.

Le point de départ d'une inflammation de la glande génitale sera donc, exceptionnellement, traumatique, général ou diathésique. Il en existe des observations incontestables, mais elles sont en petit nombre et nous devons admettre aujourd'hui que *presque toutes les orchio-épididymites sont d'origine urétrale.*

**2° Les agents pathogènes.** — Ils parviennent à la glande génitale soit par l'*instrument* qui la blesse (piqûre septique du testicule), soit par la *voie sanguine* (certaines orchites générales ou diathésiques), soit — et c'est l'immense majorité des cas — par les *voies spermatiques.*

Ces agents sont légion ; citons les principales espèces :

1° Le *gonocoque de Neisser*, trouvé dans le liquide d'une ponction (expériences de WALTER, COLLAN d'HELSINGFORS) ou dans le pus d'épididymite blennorrhagique suppurée (GOSSELIN, ROUTIER, GUELLIOT).

2° L'*Orchiocoque* (*orchiococcus uretræ*) d'*Eraud* et *Hugonencq.*

« Ce microbe est un diplocoque ayant à peu près la même forme que le gonocoque de NEISSER, mais de dimensions plus grandes, se décolorant par la méthode de GRAM, mais se distinguant nettement de l'agent spécifique de la blennorrhagie par certaines propriétés. Ce microbe vit en saprophyte dans un grand nombre d'urèbres normaux, chez le chien, chez l'homme, mais sa présence n'est pas constante. On le trouve fréquemment dans le pus blennorrhagique des premiers jours. Mais il arrive quelquefois que par un ensemencement direct de ce pus sur gélose, on n'obtient pas de culture ; l'observation subséquente des malades a prouvé à HUGONENCQ et ERAUD, ainsi qu'à d'ARLIAC, que ces cas ne sont jamais compliqués d'orchite. Si, au contraire, le pus blennorrhagique donne lieu au développement d'une colonie, on peut redouter l'orchite, sans que celle-ci se produise nécessairement. L'existence de ce microbe et de sa toxalbumine explique, d'une façon saisissante, les irrégularités que la clinique avait constatées dans la production de l'orchite consécutive à la blennorrhagie urétrale (CASTAIGNE et VANVERTS). « Pourquoi, tel malade, au

repos, bien soigné, contracte-t-il une orchite, et comment se fait-il qu'un cavalier, qui dissimule son mal et continue son service, ne soit pas atteint. Il est très probable que l'un est porteur du microbe et que l'autre ne l'a pas » (d'ARLIAC).

3° Les *pseudo-gonocoques* urétraux de *Bockhart*. Cet auteur a rapporté deux cas d'épididymite consécutive à l'inoculation de l'urètre par une sécrétion vaginale non blennorrhagique ;

4° Le *streptocoque* en association (observation CASTAIGNE et VANVERTS) ;

5° Les *staphylocoques blanc* (observation GUELLIOT) et *doré* (observation BUNGNER) ;

6° Le *pneumocoque* de *Talamon-Fraenkel*. L'orchite est une complication rare de la pneumonie ; elle peut être *non suppurée* (cas de NÉGEL, MICHELEAU) ou *suppurée* (cas de PROLEAU).

GUELLIOT a rapporté un cas d'abcès à pneumocoques, simulant une tuberculose des bourses ; chez le malade en observation, aucune pneumonie antérieure n'avait été constatée ; il présentait « une lésion ancienne du genou droit, des tumeurs suppurées sous-cutanées simulant les gommes tuberculeuses du tissu cellulaire, et une légère tuméfaction épидидymaire ». En sorte que l'auteur croyait être en présence de cette affection décrite par RECLUS sous le nom de tuberculose primitive des bourses ;

7° Le *pneumo-bacille de Friedlander*. — Nous possédons quelques faits intéressants rapportés par MACAIGNE et VANVERTS (périfuniculite suppurée gauche, puis droite), LEROY DES BARRES et WEINBERG (orchite traumatique suppurée), HALBAN (id.). MACAIGNE et VANVERTS ont retrouvé, dans la fosse naviculaire du malade, le pneumo-bacille qui vivait là à l'état de saprophyte et qui était devenu virulent pour une cause indéterminée ;

8° Le *bacillus Zopfi* ;

9° Le *microcoque orangé* de l'urètre (*micrococcus flavus ascarius* de DOYEN ou microcoque n° 2 de PETIT et VASSERMANN) (Cas de LEGRAIN et LEGAY ; épididymite consécutive à une urétrite dont l'écoulement ne contenait pas de gonocoque) ;

10° Le *micrococcus pyogenes aureus* (cas de LEGRAIN, orchite survenue chez un individu rhumatisant, se livrant fréquemment à la masturbation et atteint d'urétrite non gonococcique).

11° Le *bacille d'Eberth* (MÉNÉTRIER, THIROLOIX, GIRODE, LAU-NOIS et LOEPEL...)

IV. — TRAITEMENT DES INFLAMMATIONS DE LA GLANDE GÉNITALE EN GÉNÉRAL, ET DE L'ÉPIDIDYME BLÉNNORRHAGIQUE EN PARTICULIER.

Le traitement des inflammations de la glande génitale est *simple* à la condition d'être *complet* et *rationnel*.

Le traitement *complet* est celui qui, dans le cas présent, s'adressera aux différentes parties de l'appareil génital, c'est-à-dire non seulement à la tumeur blennorrhagique scrotale, mais encore aux altérations vésiculo-prostatiques; c'est aussi et surtout celui qui supprimera le foyer microbien, cause originelle et véritable de toute l'infection génitale ascendante, c'est-à-dire l'urétrite postérieure.

Le traitement *rationnel* est celui qui, dans le cas qui nous occupe, conviendra spécifiquement aux variétés de tissus malades et aux familles microbiennes pathogènes.

Est-il possible, à propos d'une épидидymo-orchite blennorrhagique, de réaliser un traitement complet et rationnel?

Oui, à la condition de ne pas se borner à une exploration rapide, à un examen superficiel, de se rendre un compte exact de l'urètre postérieur, dans son passé et dans son présent, dans ses altérations muqueuses et dans sa flore bactérienne. Vous allez voir combien ces détails sont importants dans la pratique.

Il faut traiter l'*urétrite aiguë, subaiguë* ou *chronique*.

Sans trop m'écarter de mon sujet, puisque je n'ai pas à exposer le traitement des urétrites qui trouveront place dans un autre volume, je rappellerai au médecin qu'il ne suffit plus de modifier les qualités de l'urine par des médicaments, les balsamiques ou le salol par exemple. Il faut agir énergi-

quement, mais sans violence, sur la muqueuse de l'urètre. Quand il y a orchite, il y a urétrite postérieure, ce n'est pas douteux; les *lavages antiseptiques* et les *instillations modifiatrices* s'imposent.

S'il s'agit d'urétrite chronique, la chose ne souffre aucune difficulté. Explorer le canal, dilater les rétrécissements s'il y en a, faire de grands lavages ou des instillations au nitrate d'argent, telle est la conduite à tenir.

Pour les grands lavages, s'il s'agit de gonocoques, on conseillera la permanganate de potasse. Celui-ci doit être employé en solution titrée à 1/3000, puis à 1/2000 et enfin au 1/1000. Les irrigations urétrales se répètent toutes les dix-huit heures (méthode de JANET). DOYEN recommande des lavages faits avec une solution très faible du même composé chimique (au 1/10000 par ex.), répétés trois fois par jour, *après chaque miction*. Suivant cet auteur, l'urine est un excellent bouillon de culture pour le gonocoque, et il ne faut pas en laisser une goutte au contact de la muqueuse.

S'il s'agit d'autres espèces microbiennes, l'on pourra prescrire l'usage des lavages avec une solution extrêmement faible (1/50000) de sublimé corrosif. Même pratique que précédemment.

Si les altérations de la muqueuse uréthro-prostatique sont avancées, s'il existe des ulcérations, les instillations argentiques seront indiquées.

Elles seront pratiquées avec une solution de nitrate d'argent au 1/200, puis aux 1/100, 2/100, 3/100 et même 4/100. Pour que ces instillations, qui doivent être répétées un plus ou moins grand nombre de fois, soient suivies de succès, il faut obtenir, après chacune d'elle, une réaction inflammatoire modérée, mais nette (douleur à la miction, recrudescence de la purulence) et combattre cette réaction, dans la suite, par des solutions plus fortes.

Le traitement de l'urétrite *chronique*, à *poussées subaiguës*, est justiciable de la même méthode.

Quant à l'urétrite *aiguë*, elle doit être respectée dans les premiers jours; quand l'épididymite apparaît, la période