

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 LOEPER...)

IV. — TRAITEMENT DES INFLAMMATIONS DE LA GLANDE GÉNITALE EN GÉNÉRAL, ET DE L'ÉPIDIDYMIITE BLENNORRHAGIQUE 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 épididymo-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

aiguë est passée et, alors, les lavages au permanganate ou au sublimé donnent de bons résultats.

Il est bien entendu que ces lavages doivent être bien faits, sinon il est préférable de s'abstenir. Dans bon nombre de cas, malheureusement, des lavages mal faits n'ont d'autre effet que d'irriguer la muqueuse de l'urètre antérieur et que de refouler le pus plus profondément dans la région membraneuse et prostatique.

La *prostrate* et les *vésicules* se portent déjà mieux, du fait de l'amélioration de l'urètre.

Pour être complet, on agira sur ces organes par la voie rectale. Les grandes irrigations rectales chaudes, à 45° ou 50°, données dans la position couchée, répétées 3 fois par jour, rendront les plus grands services. On complétera par la mise en place de suppositoires belladonés et iodoformés ou de petits lavements chauds médicamenteux que le malade conservera.

J'en arrive maintenant au traitement de la tuméfaction blennorrhagique des bourses.

Jusqu'à présent, les méthodes étaient aussi nombreuses et variées que les applications de pommade composée et les badigeonnages de liquide médicamenteux.

La raison nous dit que, puisqu'il s'agit presque toujours d'infiltration du tissu cellulaire et d'épanchement dans une cavité séreuse, il faut logiquement recourir aux procédés dont nous nous servons d'ordinaire pour combattre les œdèmes phlegmasiques et les inflammations des séreuses, ce qui n'empêchera pas de chercher à atténuer la douleur.

Contre la douleur, je préfère recourir aux calmants généraux : hydrate de chloral ou morphine. Je n'admets guère les applications calmantes, parce qu'elles sont inefficaces, inutiles ou même nuisibles (solution d'extrait de saturne, salicylate de méthyle, gâïacol, extrait de belladone).

Je n'admets pas du tout les applications irritantes parce qu'elles sont ...irritantes, qu'elles altèrent les téguments et qu'elles font souffrir le malade sans profit (chloroforme, nitrate d'argent, acide phénique, iodoforme).

Les saignées locales seraient plus recommandables si les sangsues auxquelles on a recours n'infectaient pas les téguments et s'il n'y avait pas à redouter les grandes pertes de sang.

Il n'y a que deux procédés de choix : la *glace* ou la *compression*.

Par l'application continue d'une vessie de *glace* sur la bourse malade relevée et maintenue sur la région pubienne, on traite l'épididymo-vaginalite comme une péritonite. C'est rationnel. La glace combat les phénomènes inflammatoires et atténue la douleur. Il faut avoir soin de ne pas appliquer la vessie de glace directement sur la peau.

Par la *compression*, on traite l'épididymo-vaginalite comme une synovite du genou avec épanchement.

Les moyens de compression varient suivant les auteurs : bandelettes de Vigo (FRICK); appareil dextriné (SETIN); appareil amidonné (KAVALESKI); collodion (BONNEFONT); collodion riciné (KAZ, PAQUELIN, ANDRONICO, CARMELO).

C'est la *compression ouatée* qui l'emporte de beaucoup par ses avantages; il en est du testicule comme du genou. C'est la méthode de prédilection de MOLLIÈRE et AUGAGNEUR et de l'École de Lyon, dans laquelle la compression est réalisée par une toile caoutchoutée fixée par deux double-chefs à la racine des cuisses.

Je me borne simplement à la pratique suivante. Tout d'abord, comme pour la synovite du genou, l'épanchement est léger ou abondant.

S'il est léger, la *ponction* n'est pas indiquée. Elle l'est, s'il est abondant. Trop de liquide dans la vaginale fait souffrir le malade et s'oppose au bon effet de la compression.

Il ne faut ponctionner la vaginale qu'après avoir fait minutieusement la toilette du scrotum; la lancette et les mains de l'opérateur doivent être strictement aseptiques. Il faut plonger hardiment la lancette au lieu d'élection, c'est-à-dire en avant et en dehors, sauf inversion testiculaire. La paroi vaginoscrotale peut avoir au moins un centimètre d'épaisseur et il sera bon, avec le doigt, de se repérer sur la lame de l'instrument.

Le liquide citrin s'échappe, mélangé à un peu de sang, provenant des lèvres de la plaie.

La ponction faite, il faut recouvrir la plaie d'une gaze aseptique.

La compression ouatée est réalisée de la façon suivante : on entoure la tumeur scrotale de lames d'ouate, disposées en bandes étroites, qui se recouvrent en s'imbriquant les unes sur les autres de la base vers le sommet de la masse totale.

Puis celle-ci est relevée et appliquée sur la région pubienne dont elle est séparée par un volumineux tampon ouaté. D'autres tampons ouatés sont placés sur la face interne de la cuisse du côté correspondant à la glande malade, ainsi que sur le périnée et la face postérieure, devenue antérieure, de la bourse testiculaire. Il est bon de garnir aussi la racine du pénis et l'autre testicule.

Ensuite on applique un large taffetas gommé ou percé d'un orifice pour le passage de la verge.

Enfin on termine par un spica au moyen de bandes de crépon VELPEAU, progressivement serrées; on réalise ainsi une sorte de pansement herniaire. La compression est suffisante.

Le lendemain ou le surlendemain de l'application de cet appareil, le malade, qui ne souffre plus, peut se lever. La guérison est rapide et ne demande que quinze jours au plus¹.

L'état général sera naturellement traité, surtout s'il s'agit

(1) Dans le traitement des orchites, Ducastel conseille le *stypage* par le chlorure de méthyle. « Un tampon d'ouate ordinaire refroidi par la projection d'un jet de chlorure de méthyle suivant la méthode de BAILLY, est appliqué à la surface du scrotum, du côté malade, jusqu'à ce que les bourses commencent à blanchir et que les fibres musculaires du dartos soient fortement contractées. On répète chaque jour le *stypage* jusqu'à guérison qui est obtenue en dix à douze jours; quant à la douleur, elle est très rapidement calmée. DUCASTEL insiste sur ce point que l'association du *stypage* et du port d'un bon suspensoir ouaté assure la guérison rapide, sans qu'il soit nécessaire d'imposer le séjour au lit. Le chlorure d'éthyle peut remplacer le chlorure de méthyle... Ce traitement, assurément pratique, ne convient pas aux orchites graves, très douloureuses, qui exigent le repos au lit, au moins pendant quelques jours. » (G. LYON.)

d'une orchite de cause générale ou diathésique. La salicylate de soude dans l'orchite rhumatismale, les sels de lithium dans l'orchite goutteuse, le sulfate de quinine dans l'orchite paludéenne, l'antipyrine dans les orchites névralgiques, et, dans toutes les formes, les laxatifs, pour éviter la constipation, sont absolument indiqués.

Les orchites ourlienne, typhoïdique, scarlatineuse, varicelleuse, amygdalienne sont des épiphénomènes; cependant elles doivent être comprimées; la même méthode convient à toutes.

Les inflammations suppurées de la glande génitale méritent un traitement spécial.

L'abcès de la vaginale sera incisé, à la façon de tout abcès; la cavité de la séreuse devra être rigoureusement désinfectée.

La suppuration et la nécrose du testicule sont délicates à traiter; il ne faudra pas se hâter d'intervenir; il faudra chercher à ponctionner l'abcès, ne faire qu'une petite plaie chirurgicale; la grande question est d'éviter la hernie de la substance séminifère.

V. ATROPHIE DU TESTICULE

Les inflammations aiguës du testicule tendent d'ordinaire vers une disposition spéciale, dont le dernier terme est l'*atrophie* de l'organe.

Si l'atrophie de l'organe, qui représente l'aboutissant d'un grand nombre d'affections, constitue un type clinique, indiscutable, il n'en est pas de même de cette disposition spéciale qui la précède et qui, en raison de quelques-uns de ses caractères, a été désignée sous le nom d'orchite chronique.

Pour MONOD et TERRILLON, l'orchite chronique n'a pas sa raison d'être. C'est une forme de transition entre l'orchite aiguë et l'atrophie scléreuse; non seulement cette forme de transition ne reste pas semblable à elle-même dans un temps