

d. Angines. — Verneuil (1) a signalé que des « épanchements dans la tunique vaginale » pouvaient compliquer quelquefois des *angines*, même des *angines* d'allure bénigne.

Les observations de son mémoire manquent vraiment un peu trop de précision, et il est difficile de dire si elles se rapportent à de simples vaginalites ou bien à des orchites légères accompagnées d'hydrocèle. Les cas qui ont été publiés depuis le travail de Verneuil ont trait à des inflammations testiculo-épididymaires avec réaction de la séreuse. Je reviendrai donc sur cette question quand je traiterai des orchites.

e. Blennorrhagie. — Je ne dirai rien non plus de la *vaginalite blennorrhagique* ; je ne crois pas qu'elle existe isolément, à moins que ce ne soit à titre tout à fait exceptionnel. Mais elle complique si régulièrement l'épididymite blennorrhagique et en masque parfois si bien les signes, qu'on a pu se méprendre au point de lui donner la place prépondérante. C'est ce qu'a fait Rochoux dans un travail dont les conclusions sont aujourd'hui universellement reconnues pour fausses.

J'entends bien que la blennorrhagie peut être considérée comme une maladie générale — ainsi que je le dirai plus loin — et que telle infection est théoriquement capable d'engendrer une vaginalite qui, ainsi que cela ressort d'une revue de P. Faitout (2), est capable de produire la pleurésie ; mais je ne connais pas un seul fait sur lequel puisse s'étayer cette hypothèse. Au reste, une légère réaction épididymaire échappe si facilement à l'investigation clinique que c'est une objection qui se dresse contre tous les exemples qu'on a prétendu donner de vaginalite blennorrhagique sans altération des organes sous-jacents, et d'une manière générale, ainsi que je le disais plus haut, contre toutes les vaginalites essentielles.

A plus forte raison me paraît-il qu'il ne faut attacher aucun crédit à cette opinion d'après laquelle une vaginalite pourrait succéder, sans lésion épididymaire, à un simple cathétérisme de l'urètre et même à l'inoffensive (sur ce point, du moins) masturbation.

f. Grippe. — Tous les cas de *vaginalite grippale* dont j'ai lu la relation étaient secondaires à des orché-épididymites ; je ne m'y arrête pas.

g. Tuberculose. — La *tuberculose*, dont je place ici l'étude parce qu'elle peut indifféremment affecter une marche aiguë ou chronique et que cela dégagera le chapitre des vaginalites chroniques simples dont la pathogénie n'a pas besoin d'être compliquée, ne sévit pas d'une manière indépendante sur la vaginale ; dans l'état ordinaire des

(1) VERNEUIL, Les épanchements dans la tunique vaginale métastatiques de l'arrière-bouche (*Arch. gén. de méd.*, 1857).

(2) P. FAITOUT, La pleurésie blennorrhagique (*Gaz. méd. de Paris*, 5 oct. 1895, n° 40, p. 471).

choses, les lésions qu'elle présente sont toujours consécutives à des altérations épididymaires ou testiculaires.

E. Goldmann (1) a publié une observation de vaginalite tuberculeuse primitive qu'on ne saurait accepter sans réserves : un jeune homme de vingt-trois ans portait, à droite, dans le scrotum, une tumeur piriforme, non douloureuse, fluctuante, transparente et présentant une crépitation molle, comme en donneraient de petits corps mobiles libres dans la cavité vaginale. On pratiqua l'ouverture de la vaginale : elle était remplie d'un liquide clair, jaune rougeâtre ; il y avait quelques végétations saignantes sur l'albuginée et, sur le feuillet pariétal de la séreuse, de nombreux tubercules gros comme une tête d'épingle. Le testicule et l'épididyme n'offraient aucune lésion appréciable. L'examen microscopique démontra la nature tuberculeuse de l'affection. Dix-huit mois après l'opération, le malade se portait très bien.

Après Pilliet et Broca (2), Raymond Petit (3), dans un intéressant travail sur la tuberculose péritonéo-vaginale chez l'enfant, a montré que cette tuberculose n'était pas toujours consécutive à la péritonite, qu'elle se développait quelquefois primitivement et, suivant les cas, qu'elle restait isolée ou bien qu'elle gagnait peu à peu la cavité péritonéale. Il en est ainsi, d'ailleurs, de la tuberculose herniaire, dont les lésions semblent toujours naître sur le sac, atteindre ensuite les viscères ectopés et, plus tard, dans certains cas seulement, s'étendre jusqu'à la grande cavité péritonéale.

Il ne semble donc pas qu'on puisse révoquer en doute l'existence de la tuberculose herniaire et péritonéo-vaginale primitive ; par contre, la tuberculose primitive de la vaginale fermée paraît extrêmement rare ; ainsi que le fait observer Tuffier (4), les nombreuses cures radicales qu'on a pratiquées depuis une vingtaine d'années ont pleinement infirmé les conclusions du travail de Simonds (de Hambourg) (5) qui, dans sa thèse, dit avoir observé douze fois la tuberculose primitive de la vaginale pour un nombre assez restreint d'observations, et fait jouer à celle-ci un rôle important dans la formation du fungus bénin du testicule.

Dans ces conditions, il est permis de se demander, puisque, d'une part, Hutinel et Deschamps ont montré que la tuberculose vaginale

(1) E. GOLDMANN, De la tuberculose de la tunique vaginale (*Sem. méd.*, 11 sept. 1895, n° 46, p. 404).

(2) PILLIET et BROCA, Tuberculose du conduit vagino-péritonéal (*Bull. de la Soc. anat.*, 69^e année, 5^e série, t. VIII, nov. 1894, fasc. 24, p. 794).

(3) RAYMOND PETIT, Tuberculose péritonéo-vaginale chez l'enfant (*Bull. de la Soc. anat.*, 1898, p. 219).

(4) TUFFIER, De la virulence du liquide de l'hydrocèle symptomatique de la tuberculose testiculaire (*Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et les animaux*, 2^e session, 1891, p. 683).

(5) SIMONDS, Sur la tuberculose de la tunique vaginale (*Deutsches Arch. für klin. Med.*, Leipzig, t. XVIII, 1882-1883, p. 153).

n'est pas rare dans les premières années de la vie où la communication vagino-péritonéale est précisément fréquente; puisque, d'autre part, Broca et Pilliet, Phocas, ont constaté la tuberculisation du canal vagino-péritonéal; puisque, enfin, le sac herniaire présente quelquefois des lésions de même nature; dans ces conditions, dis-je, il est permis de se demander si, en réalité, tous les cas qu'on a donnés comme exemple de tuberculose primitive apparente de la vaginale ne sont pas, en réalité, la conséquence de lésions péritonéales ayant passé inaperçues et s'étant inoculées, à distance, par la sécrétion ascitique. En fait, les cas de tuberculose primitive dans les vaginales fermées paraissent si exceptionnels qu'on peut en révoquer l'existence en doute.

h. Morve. — Je dirai peu de choses de la *vaginalite morveuse*. J'ai déjà rappelé comment Straus avait constaté que, non seulement après l'injection intrapéritonéale, mais encore après l'inoculation sous-cutanée de la morve, les altérations qui frappent les organes génitaux font leur apparition sur la vaginale et envahissent ensuite le testicule.

En réalité, on voit combien il est difficile, pour toutes les infections que je viens de passer en revue, d'établir d'une manière absolue quelle importance proportionnelle il convient d'attacher aux manifestations inflammatoires purement vaginales et aux manifestations vaginales secondaires à des lésions plus ou moins apparentes du testicule et de l'épididyme. Et c'est précisément cette difficulté d'établir le départ entre les unes et les autres qui, en se renouvelant à propos des vaginalites chroniques, complique le problème pathogénique des hydro-hématocèles de la tunique vaginale.

2° Vaginalites aiguës secondaires.

L'infection peut être communiquée à la vaginale de plusieurs manières; elle peut lui venir de trois sources: 1° du scrotum; 2° du péritoine; 3° de l'appareil funiculo-spermatique. Elles sont loin d'avoir toutes une égale importance.

1° *Lésions des bourses.* — Les vaginalites consécutives aux lésions inflammatoires du *scrotum* (érysipèle, gangrène foudroyante, phlegmon diffus) sont tout à fait exceptionnelles. Clugnet (1) en a cependant rapporté un exemple intéressant: à la suite d'un érysipèle à forme gangreneuse survint, chez un malade, une vaginalite aiguë suppurée; ce malade était, à la vérité, porteur d'une hydrocèle.

2° *Lésions du péritoine.* — Les vaginalites d'origine péritonéale sont moins rares; on en connaît de plusieurs sortes: il y a des vaginalites suppurées banales, des vaginalites tuberculeuses et des vaginalites morveuses.

a. Vaginalites suppurées. — Lorain (2) a montré depuis long-

(1) CLUGNET, *loc. cit.*, p. 36.

(2) P. LORAIN, De la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né. thèse de Paris, 1855.

temps que chez les nouveau-nés atteints de péritonite puerpérale, le pus, traversant le défilé vagino-péritonéal, vient quelquefois remplir la cavité vaginale et inoculer la séreuse testiculaire; toute péritonite, de quelque variété qu'elle soit, peut réaliser la même complication sur un individu chez lequel l'oblitération ne s'est pas opérée.

b. Vaginalites tuberculeuses. — La tuberculose, dans certains cas, évolue d'une manière identique, cheminant du péritoine vers les bourses. Phocas (1) a publié trois observations de vaginalite tuberculeuse consécutive à une péritonite de même nature, et a inspiré, sur ce sujet, la thèse de François. Expérimentalement, Galavielle (2) a réalisé récemment ce mécanisme de la propagation des tubercules: ayant injecté dans le péritoine de cobayes mâles 25 centimètres cubes d'une culture en bouillon d'un bacille tuberculigène d'origine féline, il vit se développer en trois jours une double vaginalite, avec orchite; il y eut formation de pus dans la vaginale et dans la glande, tandis qu'évoluait une péritonite suppurée mortelle.

c. Vaginalites morveuses. — Les vaginalites morveuses constituent un des points les plus intéressants de la pathogénie expérimentale: elles forment, en effet, pour l'étude de la morve, un véritable document de spécificité. Corrigeant et complétant les recherches de Loeffler (3), de qui nous savions déjà la vive réaction que produit dans l'appareil génital mâle de certains animaux l'inoculation expérimentale de la morve, I. Straus (4) a montré que les lésions provoquées par l'injection intrapéritonéale de virus farcineux naissent sur la vaginale et y produisent un semis confluent de petites granulations blanc jaunâtre, du volume d'une tête d'épingle, avec soudure des deux feuillets par un exsudat épais et purulent, que les altérations du testicule et de l'épididyme sont toujours secondaires et que, dans une proportion de 38 fois sur 40, la séreuse seule est atteinte. La genèse de cette vaginalite soulève un problème intéressant: celui de savoir si les lésions sont bien le fait d'une propagation directe, par continuité de tissu, du péritoine à la vaginale, ou bien si elles ne réalisent pas le type de l'inflammation séreuse par embolie bactérienne, par infection vasculaire. Il est, en effet, à noter que l'orchi-vaginalite se développe non seulement après l'injection intrapéritonéale, mais encore après l'injection sous-cutanée, et que, même après la première, les granulations qui remplissent la vaginale, ainsi que l'a

(1) PHOCAS, Hydrocèle congénitale tuberculeuse (*Congrès franç. de chir.*, 1891, et *Arch. prov. de chir.*, t. II, p. 355).

(2) GALAVIELLE, Deuxième note sur un bacille tuberculigène d'origine féline; orchite aiguë expérimentale déterminée par ce bacille (*C. R. hebdomadaire des séances de la Soc. de biologie*, 10^e série, t. V, 11 nov. 1898, n^o 34, p. 1002).

(3) LOEFFLER, Die Aetiologie der Rotzkrankheit (*Arb. aus dem kaiserl. Gesundheitsamt*, 1886, Bd I, p. 141).

(4) I. STRAUS, Morve. Diagnostic par inoculation dans le péritoine du cobaye mâle (*Arch. de méd. expér. et path.*, 1^{re} série, t. I, 1889, p. 460).

observé Leredde (1), paraissent avoir pour origine les vaisseaux sanguins dont elles infiltrèrent les parois et autour desquels elles se débordent. Mais deux caractères distinctifs subsistent entre l'une et l'autre orchivaginalites expérimentales : d'abord, quand il s'agit de l'inoculation sous-cutanée, les symptômes d'orchivaginalite apparaissent seulement dix ou douze jours après l'inoculation, tandis qu'ils se montrent au bout de quarante-huit heures si on a pratiqué l'injection intrapéritonéale ; ensuite, sur les animaux chez lesquels l'inoculation a été faite dans le péritoine, on rencontre assez souvent des nodules péritonéaux confluent, gros comme des lentilles, formant de véritables plaques sur la séreuse pariétale.

La pathologie humaine réalise dans certains cas cette prédilection tout à fait particulière que l'infection morveuse paraît avoir pour la vaginale et le testicule chez le cobaye (Straus, Brault et Rouget) (2), le lapin et l'âne (Leredde) ; on la trouve signalée dans une intéressante observation de Duval, Gasne et Guillemot (3) ; cette observation confirme, d'ailleurs, la théorie de la vaginalite morveuse par voie vasculaire dont je parlais tout à l'heure, puisque chez l'homme la séreuse péritestriculaire n'est pas en communication avec la cavité péritonéale.

3° *Lésions du testicule et de l'épididyme.* — D'où qu'elles proviennent, de quelque infection qu'elles soient le reflet, toutes les *épididymites*, toutes les *orchites* peuvent provoquer la réaction inflammatoire de la vaginale et la formation d'un épanchement dans la cavité de celle-ci. Il y a encore beaucoup d'inconnues pour nous dans les conditions que doit réaliser l'inflammation du testicule ou de l'épididyme pour engendrer la vaginalite. La nature et le degré de l'infection, son siège et, sans doute aussi, la disposition anatomique de la vaginale jouent dans cette pathogénie des vaginalites symptomatiques un rôle important.

α. *Nature et degré de l'infection.* — De l'influence qu'exercent la nature et le degré de l'inflammation orchivaginalite, nous savons seulement ceci : c'est que plus cette inflammation est vive (et on juge de son intensité par le gonflement, la douleur, la température, la réaction locale), plus la vaginalite a des chances de se produire ; mais là n'est pas évidemment toute la solution du problème, puisqu'on voit souvent des hydrocèles se développer pendant la lente évolution d'une maladie chronique du testicule ou de l'épididyme.

β. *Siège.* — La question de siège est importante ; il en est de la vaginale comme de toutes les séreuses : plus l'inflammation de l'or-

(1) E. LEREDDE, Étude sur l'anatomie pathologique de la morve, thèse de Paris, 1893, n° 263.

(2) J. BRAULT et ROUGET, Sur un cas de morve humaine de forme anormale *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 20 déc. 1896, p. 1213.

(3) DUVAL, GASNE et GUILLEMOT, Morve aiguë humaine (*Arch. de méd. expér.*, mai 1896).

gane qu'elle recouvre est superficielle, plus facile, plus rapide et plus intense est sa propre participation au processus infectieux. A cet égard, l'épididyme, mince et allongé et ne subissant, de ce fait, que des inflammations superficielles, à nu, semble plus capable d'agir sur la vaginale, par les lésions de son parenchyme, que le testicule, qui est gros, massif, recouvert d'un puissant blindage fibreux et bien propre à inclure en lui-même des lésions profondes.

Schwartz et Terrillon (1), puis Reclus (2), se sont attachés à démontrer l'influence relative des altérations de l'épididyme et du testicule dans la pathogénie des vaginalites secondaires. Cela mérite qu'on s'y arrête un instant. Les raisons qu'ils ont données pour expliquer le rôle important que joue dans la genèse des vaginalites la pathologie épididymaire sont de trois ordres : elles émanent de l'anatomie, de l'expérimentation, de la clinique.

Voici pour l'anatomie : « La propagation facile de l'inflammation épididymaire à la vaginale, disent Ch. Monod et O. Terrillon (3), trouve une explication suffisante dans les connexions intimes qui existent entre la séreuse testiculaire et le tissu cellulo-graisseux péri-épididymaire, car le tissu cellulaire qui relie entre elles les flexuosités de l'épididyme est en relation directe avec celui qui double la vaginale. » Et P. Reclus ajoute : « Dans l'indépendance singulière, le défaut de solidarité qui existe entre les lymphatiques de l'albuginée et les lymphatiques du feuillet viscéral de la vaginale qui, les uns et les autres, convergent vers l'épididyme par un trajet distinct, sans réseaux communs et sans anastomoses. »

Voici pour l'expérimentation : Schwartz et Terrillon, ayant injecté successivement des substances irritantes dans le testicule (voie directe) et dans l'épididyme (voie déférentielle), sur le chien, constatèrent que chaque fois qu'il y eut phlegmasie épididymaire il y eut aussi réaction inflammatoire plus ou moins vive de la vaginale ; au contraire, quand on provoquait une orchite vraie, la vaginale et les bourses restaient intactes (sauf, bien entendu, dans les cas où un abcès testiculaire perforait l'albuginée et pénétrait par effraction dans la séreuse).

Voici maintenant pour la clinique : les chirurgiens ont remarqué depuis longtemps, Gendrin, Curling, en particulier, que les inflammations de l'épididyme paraissent se propager beaucoup plus facilement à la tunique vaginale que « celles dont le siège est la substance glanduleuse du testicule » ; pour ce qui concerne l'épididymite blennorragique, en particulier, tous les auteurs signalent la fréquence de l'hydrocèle concomitante (Sigmund plus de 8 fois sur 10, Ricord

(1) SCHWARTZ et TERRILLON, Contributions expérimentales à l'étude de la pathogénie de la vaginalite (1879), in Œuvres de O. TERRILLON, t. I, p. 748 ; à Paris, chez O. Doin, 1898.

(2) P. RECLUS, *loc. cit.*, t. VII, p. 1018.

(3) CH. MONOD et O. TERRILLON, *loc. cit.*, p. 133.

1 fois sur 5, Aubry 1 fois sur 4, Horteloup 1 fois sur 2, Zapata 4 fois sur 10); d'autre part, dans les cas où l'examen anatomique a pu être pratiqué, on a toujours constaté que cette épididymite s'accompagnait de vaginalite, alors que le « testicule était sain ou seulement vaguement congestionné ».

Je ne puis entrer ici dans la discussion que souffrirait chacune des considérations qui viennent d'être présentées. Je veux faire seulement quelques remarques.

Pour ce qui concerne l'anatomie, je dois dire d'abord que je ne me rends pas compte de l'influence que peut avoir la disposition des lymphatiques telle que la décrit M. Reclus, et ajouter ensuite qu'en faisant jouer un rôle si important à l'inflammation du tissu cellulaire péri-épididymaire, on explique bien comment se produit la péri-épididymite celluleuse, le phlegmon péri-épididymaire, mais non pas la vaginalite.

Pour le résultat des très intéressantes expériences de Terrillon et Schwartz, il convient de faire des réserves; on ne saurait, sur ce point, assimiler l'homme au chien. Chez le chien, moins, sans doute, que chez le taureau, le bélier, le cheval, mais cependant d'une manière très nette, l'épididyme est tout entier situé dans la cavité vaginale au milieu de laquelle il baigne; il en est tout autrement chez l'homme, ainsi que je le dirai tout à l'heure.

En ce qui se rapporte aux considérations cliniques, je ne puis m'empêcher de faire le rapprochement suivant, qui diminue considérablement la portée de l'argument donné. A la page 1018 du *Traité de chirurgie*, M. Reclus, dans son article des *Maladies du testicule*, écrit ceci : contrairement à l'épididyme, « le testicule a peu d'action sur la vaginale et des altérations profondes, des néoplasmes étendus des testicules, ne provoquent parfois ni épanchement, ni épaissement ». Or, on lit précisément à la page 1017 : « Les noyaux caséux de l'épididyme retentissent toujours sur la séreuse; dans un tiers des cas, on a une hydrocèle franche, dans les deux autres tiers un épaissement de la séreuse, une adhérence de ses deux feuillets. Mêmes lésions dans la syphilis (laquelle, ainsi qu'il faut le remarquer, frappe souvent le testicule seul) : ici, même, l'hydrocèle est plus fréquente (la moitié des cas); aux périodes ultimes, ce sont les épaissements qui l'emportent : sur 23 dissections de vieilles orchites scléro-gommeuses, il y avait 3 hydrocèles et 21 fusions de la séreuse. La vaginalite séreuse et la vaginalite plastique sont les compagnes ordinaires des néoplasies de la glande. » Ainsi donc, M. Reclus considère que les tumeurs du testicule provoquent régulièrement la vaginalite et, sur 23 cas d'orchite syphilitique, a observé 24 fois (soit 23 fois en corrigeant l'erreur de typographie), c'est-à-dire toujours, la réaction de la vaginale !

γ. *Disposition anatomique de la séreuse.* — Le troisième élément qui entre en ligne de compte dans la manière dont les lésions épidi-

dymo-testiculaires provoquent la vaginalite est la disposition anatomique de la séreuse. Quel que soit le point où se réfléchisse le feuillet viscéral sur la face interne du testicule, on peut affirmer que ce testicule est toujours, pour la plus grande partie de sa surface, inclus dans la cavité vaginale; de ce fait, il est impossible que la séreuse échappe à l'action d'une maladie orchitique proprement dite, si cette maladie a, pour l'atteindre, un degré de superficialité (!) suffisant. Il en va tout autrement de l'épididyme. J'ai montré, dans un mémoire documenté de très nombreuses observations anatomiques, que l'épididyme est, à vrai dire, un organe extravaginal, qu'il ne fait saillie que par une petite partie de sa surface dans la cavité séreuse et que même, dans un certain nombre de cas, il est complètement en dehors d'elle. J'ai pu, sur plusieurs malades, pratiquer l'épididectomie atypique sans ouvrir la vaginale, ou en n'ouvrant celle-ci qu'au moment du curage des noyaux tuberculeux de la tête épididymaire. Il y a donc une chose certaine : c'est que si le testicule était, comme l'épididyme, dépourvu d'albuginée, les lésions du premier, en raison de la disposition de la vaginale, réagiraient beaucoup plus facilement que celles du second sur la séreuse. Or, c'est précisément le contraire qu'on écrit. Maintenant, dans quelle proportion la présence de l'albuginée compense-t-elle les désavantages de la disposition anatomique ? C'est ce qu'il me paraît impossible de dire.

En résumé, je crois que l'albuginée, et l'albuginée seule, entre en jeu dans la manière différente et dans l'inégale fréquence dont les maladies du testicule et de l'épididyme impressionnent la vaginale; les maladies aiguës de l'épididyme qui est à nu sous la séreuse, et dont le petit volume rend, pour ainsi dire, toutes les lésions superficielles, provoquent très facilement la vaginalite, tandis que le testicule, au centre duquel peuvent, sous une épaisse albuginée, s'isoler des altérations profondes, laisse la vaginale plus longtemps indifférente. Mais je pense qu'au bout d'un certain temps l'albuginée constitue une barrière tout à fait insuffisante et qu'un jour vient fatalement où la maladie testiculaire, quelle que soit sa nature, provoque la vaginalite adhésive, la vaginalite séreuse, ou la pachyvaginalite.

B. — VAGINALITES CHRONIQUES. — S. Duplay (1), ayant examiné 59 testicules de vieillards morts à Bicêtre, trouva que 44 de ces testicules étaient entourés d'une vaginale malade : 17 fois il y avait des adhérences; 12 fois des épaissements; 15 fois de l'hydrocèle. P. Reclus (2), en ayant étudié 300 au point de vue des symphyses partielles ou totales de la séreuse, rencontra seulement 23 cas d'adhérences. Curling nota celles-ci dans une proportion de 9 sur 24. Félix Regnault (3),

(1) S. DUPLAY, *Arch. gén. de méd.*, 1855, t. CXXIX.

(2) P. RECLUS, *Bull. de la Soc. de chir.*, 11 juillet 1888, p. 597.

(3) FÉLIX REGNAULT, De la vaginalite chronique cause de l'hydrocèle (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, LXVI^e année, 5^e série, t. V, fasc. 22, déc. 1891, p. 662).