

Il va de soi que l'atrophie entraîne la perte fonctionnelle de l'organe et que les spermatozoïdes ne sont plus formés. La stérilité est absolue lorsque les deux glandes ont été atteintes. Dans quelques observations, en même temps que la stérilité, on a noté l'impuissance.

Les conditions qui favorisent cette terminaison par atrophie n'ont jamais été bien précisées. La perte de l'organe s'observe aussi bien dans les traumatismes légers que dans les contusions violentes et tous les auteurs s'accordent pour reconnaître que le jeune âge semble favoriser la terminaison par sclérose.

Signes. — La douleur ressentie est des plus vives et revêt des caractères bien connus de tous. Dans quelques cas, la souffrance a été assez violente pour déterminer une syncope. Le plus souvent celle-ci est de courte durée, mais plusieurs fois elle a pu être mortelle, et Curling et Fischer rapportent chacun un cas où la contusion du testicule fut suivie de mort immédiatement ou dans les premières heures après l'accident.

La douleur ne reste pas limitée aux bourses; elle irradie sur le trajet des branches du plexus lombaire, gagnant l'extrémité inférieure des lombes ou la racine des cuisses par les branches abdomino-génitales et génito-crurales. Dans les cas légers, la souffrance peut disparaître en quelques heures; le plus souvent la douleur persiste et, au bout de quelques jours, change de caractère. C'est qu'alors commence la réaction inflammatoire dont le terme ultime sera l'atrophie. Dès ce moment, dès que l'inflammation s'empare de la glande, le testicule augmente de volume, devient lourd, pesant, très sensible à la pression; l'épididyme peut, lui aussi, participer aux phénomènes inflammatoires; la vaginale, les bourses elles-mêmes peuvent ne pas rester indifférentes. Alors le scrotum devient rouge et tendu, et la palpation peut déceler l'existence d'un léger degré d'hydrocèle.

Marche. — Terminaison. — Pronostic. — La douleur est de courte durée et s'amende en quelques jours, pour ne se montrer qu'à l'occasion d'une pression ou d'un mouvement. Le gonflement persiste un peu plus longtemps. Souvent on pourrait croire qu'aux phénomènes bruyants du début va succéder la résolution franche, la *restitutio ad integrum*. Malheureusement, nous savons déjà que cette terminaison heureuse est l'exception. Avec la disparition de la douleur et du gonflement, commence le processus atrophique qui aboutira fatalement à la perte de l'organe, à la stérilité, peut-être, si les deux testicules ont été contus.

Il est encore une autre conséquence redoutable des traumatismes du testicule et que nous devons signaler. Trop souvent, chez des sujets prédisposés, on peut voir, à l'occasion de la contusion la plus légère, éclater la tuberculose testiculaire. Déjà nous avons laissé

pressentir que le plus grand nombre des abcès parenchymateux testiculaires avaient la tuberculose pour origine, tandis que les suppurations franches, banales, étaient d'une extrême rareté.

Diagnostic. — La contusion du testicule avec ses complications inflammatoires, son atrophie, et qui constitue un accident grave, ne sera pas confondue avec la simple commotion qui ne se signale que par une douleur vive, passagère, sans aucune suite fâcheuse.

Il ne sera pas toujours aisé de séparer les inflammations du testicule succédant à un coup, des inflammations similaires au cours de la blennorrhagie, de la tuberculose, des oreillons. Ce n'est qu'après un examen minutieux, approfondi du malade, et, surtout, après une exploration soignée du canal de l'urètre, que la distinction pourra être établie.

Traitement. — Le repos dans le décubitus dorsal, les compresses résolutives sur les bourses constituent tout le traitement. Dans les cas de réaction inflammatoire violente avec douleurs vives et persistantes, on pourra appliquer une dizaine de sangsues sur le trajet du cordon, ou encore avoir recours aux applications réfrigérantes, une vessie de glace par exemple, qui sera laissée à demeure sur la région malade avec interposition de quelques épaisseurs de tarlatane.

III. — MALADIES INFLAMMATOIRES.

DES ORCHITES.

Pathogénie. — « L'inflammation du testicule, écrit Curling (1), peut se présenter sous une forme aiguë ou sous une forme chronique. Elle débute soit dans le parenchyme ou portion sécrétante de la glande, soit dans son canal excréteur. » L'inflammation se cantonne parfois dans celui des deux organes où elle a pris naissance; en d'autres cas, elle rayonne de l'un vers l'autre. Quand le testicule et l'épididyme sont concurremment frappés, on dit qu'il y a *orchi-épididymite*; c'est d'*orchite* qu'il s'agit quand le testicule seul est malade; si les lésions se localisent à l'épididyme, l'*épididymite* est constituée.

Les contusions, les écrasements, l'action irritante de quelques substances chimiques, l'influence plus ou moins proche et directe de certains agents physiques — telles la chaleur et l'électricité — peuvent provoquer dans le parenchyme du testicule des lésions vasculo-cellulaires de destruction, de défense et de réparation que les médecins depuis longtemps ont accoutumé de dénommer orchites: ainsi naissent certaines variétés d'*orchites traumatiques* et d'*orchites*

(1) T.-B. CURLING, Traité pratique des maladies du testicule, traduit par Gosse-
LIX, p. 277; chez Labé, Paris, 1857.

expérimentales. Mais il ne s'agit là, à supposer qu'aucun germe émané du dehors ou préalablement introduit dans l'économie ne vienne exercer sur le lieu du traumatisme sa fonction phlogogène, il ne s'agit là, dis-je, que de réactions congestives et inflammatoires d'ordre banal; elles ne m'occuperont pas.

C'est à ce titre encore que je laisserai de côté, dans la revue de pathogénie qui va suivre, cette variété d'orchite tour à tour acceptée des pathologistes et niée par eux, l'*orchite goutteuse*, dont l'existence paraît décidément ne pas pouvoir être révoquée en doute, mais qui, lorsqu'elle ne relève pas d'une urétrite, se résume au total, ainsi que cela ressort du mémoire encore récent de F. J. Tower (de Milwaukee) (1) en dépôts tophiques dans le testicule et, comme telle, mérite proprement de rentrer dans le groupe des orchites chimiques. C'est à ce titre, enfin, que je négligerai ces poussées congestives épидидymo-testiculaires que J. Morel (2) a décrites tout nouvellement sous le nom d'*épididymite hystérique* et qu'il a observées chez un malade qui, ayant eu déjà quatre blennorrhagies, fut atteint, trois ans après la dernière, et vingt fois dans l'espace de six mois, d'une tuméfaction aiguë et douloureuse de l'épididyme avec nodosités érythémateuses des jambes et œdèmes périphériques éphémères. Ne se peut-il pas, au reste, qu'il s'agisse là d'une épидидymite blennorrhagique à répétition?

En dehors de ces différents désordres, l'on peut dire qu'il n'y a ni orchite sans infection du testicule, ni épидидymite sans infection de l'épididyme. En d'autres termes, toutes les orchis-épididymites doivent être aujourd'hui considérées comme des orchis-épididymites infectieuses. Mais, parmi elles, il en est qui sont soumises à une évolution ordinairement aiguë et qui sont une des nombreuses manifestations d'une maladie ordinairement aiguë, tandis que d'autres ont une marche habituellement chronique et font partie du cortège de symptômes d'une affection habituellement chronique. En langage courant, mais en mauvais langage, on dénomme les premières des *orchis-épididymites infectieuses*, et les secondes des *orchis-épididymites diathésiques*. Ce n'est là, je le répète, qu'une affaire de mots: toutes les orchites sont infectieuses.

Comment donc et par quel mécanisme la glande spermatique subit-elle l'action des différents germes qui produisent l'inflammation de son parenchyme? Comment est-elle infectée? Deux ordres de cas sont ici à considérer: dans une première catégorie, prennent place les faits où le testicule est envahi par des microorganismes qui, venus de l'extérieur, le pénètrent par effraction, à la faveur d'une plaie

(1) F. J. TOWER (de Milwaukee), Gouty Deposits of the Testicle (*Journ. of cut. and gen. ur. diseases*, déc. 1894, p. 526, et *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 13^e année, août 1895, n^o 8, p. 732).

(2) J. MOREL, Épididymite hystérique avec œdèmes nerveux et poussées incessantes d'érythèmes noueux (*Méd. mod.*, 11 mars 1896, p. 161, et *Ann. de dermat.*, 1897, 3^e série, t. VIII, p. 235).

accidentelle ou opératoire; alors se développe une orchite qu'on peut dire traumatique, quoique proprement elle soit infectieuse, mais qui, en tout cas, mérite bien le nom de *primitive*, en ce sens qu'elle est tout à fait indépendante de toute autre maladie préexistante; dans une seconde catégorie se rangent, au contraire, tous les faits où le testicule, dans des enveloppes indemnes de toute solution de continuité, subit, d'une manière plus ou moins directe, l'influence de germes antérieurement installés dans l'organisme; on dit alors que l'orchite est *secondaire*. La première est une infection provoquée; la seconde une infection spontanée.

I. DES ORCHI-ÉPIDIDYMITES PROVOQUÉES. — La pathogénie des orchis-épididymites traumatiques ne prête pas à de longues considérations ni bien compliquées. Qu'il s'agisse de plaie opératoire ou de plaie accidentelle, l'instrument de la blessure, de quelque nature qu'il soit, piquant, tranchant ou contondant, ne saurait provoquer d'orchite en pénétrant le testicule qu'à la condition d'y déposer les microbes phlogogènes et pyogènes dont il est chargé lui-même ou qu'il rencontre, en chemin, sur les vêtements et la peau de celui qu'il atteint. Les plaies aseptiques du testicule ne provoquent pas de réaction inflammatoire, et nous sommes loin du temps où le baron Boyer (1) pouvait écrire, ainsi qu'Ollivier (2): « Les plaies des testicules, à moins qu'elles ne soient très petites, sont presque toujours accompagnées d'accidents inflammatoires graves et qui peuvent entraîner la perte de ces organes. » Je n'aurais donc rien autre chose à dire de la pathogénie des orchites traumatiques, s'il ne surgissait ici la délicate question de ce que quelques chirurgiens dénomment l'*orchite par effort*. Cette orchite par effort fut imaginée par Velpeau (3); la théorie mécanique qu'il inventa pour expliquer la genèse des phénomènes inflammatoires résidait dans le « pincement du cordon spermatique pendant une contraction violente du grand droit par des fibres ansiformes qui, détachées du bord externe du muscle, iraient s'attacher, en passant sous le paquet funiculaire, à la lèvre interne de la crête iliaque et former la moitié inférieure de l'ouverture abdominale du canal inguinal ». Quoiqu'il ne reste plus rien aujourd'hui de l'hypothèse de Velpeau, l'on voit encore des auteurs admettre, non pourtant sans réserves, que la contraction violente du muscle crémaster est capable, en heurtant le testicule contre le pubis et les piliers de l'orifice extérieur du canal inguinal, de produire une véritable orchite: ainsi pensent S. Duplay (4), Ch. Monod et O. Ter-

(1) Le baron BOYER, Traité des maladies chirurgicales, t. X, p. 237; chez Mignoret, Paris, 1825.

(2) OLLIVIER, art. TESTICULE du *Dictionnaire en 21 volumes*, vol. XX, p. 328; chez Béchot jeune, Paris, 1828.

(3) VELPEAU, art. TESTICULE du *Dictionnaire en 30 volumes*, t. XXIX, p. 467, Paris.

(4) E. FOLLIN et SIMON DUPLAY, Traité élémentaire de pathologie externe, t. VII, fasc. 2, p. 282; chez Masson, Paris, 1885.

rillon (1), P. Reclus (2). Malgré l'autorité qui s'attache à de pareils noms, j'avoue que je répugne à faire mienne une conception qui est vraiment en trop formelle opposition avec les données actuelles de la pathogénie des inflammations et qui, d'autre part, repose sur une anatomie par trop conventionnelle. Je crois que les cas jusqu'à ce jour observés d'orchite prétendue par effort doivent être divisés en trois classes :

Première classe. — La première classe comprend toutes les observations que peut, à bon droit, revendiquer pour elle l'orchite tuberculeuse aiguë ; je partage sur ce point l'opinion de J. Augagneur et D. Mollière (3).

Seconde classe. — Dans la seconde classe rentrent les faits où l'orchite succède à une urétrite mal observée, dissimulée, ou si légère qu'elle échappe facilement au diagnostic. Que d'hommes sont atteints d'une urétrite postérieure cantonnée dans une région si restreinte du canal, et d'un pouvoir infectieux si diminué, qu'elle est cliniquement inappréciable et ne traduit autrement son existence que par l'évacuation matutinale d'une gouttelette de pus qui, pour plusieurs raisons, peut échapper à l'investigation du clinicien ! S. Duplay (4), dans un heureux travail de critique, défendit autrefois cette thèse de l'origine exclusivement et toujours urétrale de l'orchite par effort, thèse à laquelle il a apporté depuis quelque temps, par erreur à ce qu'il me semble, car l'hypothèse sur laquelle elle repose trouve une péremptoire confirmation dans les notions qui nous sont aujourd'hui acquises sur la flore bactérienne du canal de l'urètre et les infections parablennorragiques. Ces notions nous fournissent quatre arguments.

Premier argument. — Et d'abord, chez les hommes qui furent naguère atteints de blennorragie, il se peut que les gonocoques sommeillent, dans un état de virulence très atténuée, au niveau du carrefour génito-urinaire, dans le foyer infectieux prostatogénital, comme dit A. Guépin (5), tout près de l'embouchure urétrale du canal déférent, infiltrés dans le corps papillaire, les glandes de l'urètre, les acini de la prostate et les conduits éjaculateurs, constituant ainsi une sorte de microbisme latent qui, suivant l'expression de Marcel Sée (6), ne détermine rien autre chose qu'un léger catarrhe desquamant, mais qui reste tout préparé pour le réveil que viendra quelque jour solli-

(1) Ch. MONOD et O. TERRILLON, *Traité des maladies du testicule*, p. 121 ; chez Masson, Paris, 1889.

(2) SIMON DUPLAY et PAUL RECLUS, *Traité de chirurgie*, 1^{re} édition, t. VIII, p. 124 ; chez Masson, Paris, 1892.

(3) J. AUGAGNEUR et D. MOLLIÈRE, art. TESTICULE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. XVI, 3^e série, p. 569 ; chez Masson, Paris, 1886.

(4) SIMON DUPLAY, Trois cas de prétendues orchite-épididymites par effort (*Arch. gén. de médecine*, 1876, t. XXVIII, 6^e série, p. 353).

(5) A. GUÉPIN, Le foyer infectieux prostatogénital (*Trib. méd.*, 28 octobre 1896).

(6) MARCEL SÉE, Le gonocoque, thèse de Paris, 1896, n^o 289, p. 122.

citer de son activité telle cause tout à fait contingente. Ensuite, ne sait-on pas que la blennorragie confère à l'urètre une facilité toute particulière à devenir le milieu de culture d'un grand nombre de microbes, le colibacille, entre autres, les staphylocoques, les diplocoques, le bacille-fourmi ; que souvent ces microbes y vivent pendant longtemps d'une existence si précaire et dans un tel état de torpeur que la clinique ne dépiste pas facilement les traces fugitives de la faible réaction qu'ils provoquent sur la muqueuse et sur les glandes, mais que, dans cette sorte de vie latente, ils conservent le pouvoir d'exalter, sous de multiples et diverses influences, leur pouvoir infectant ? Imbert et Gaujon (1) ont publié sur ce point une observation très intéressante. Un homme ayant été atteint, seize ans auparavant, de la blennorragie, souffrait d'épididymites à répétition ; d'une manière intermittente apparaissait, le matin, une goutte urétrale. Ce malade n'avait aucun trouble fonctionnel de la vessie dont la capacité était augmentée ; les mictions n'étaient ni fréquentes ni douloureuses. Et pourtant, l'urine, acide et limpide, contenait des bactéries en abondance (il ne s'agissait ni du gonocoque, ni du bacille de Koch, ni du *Bacterium coli*). Il y avait donc là, sans cystite d'aucune sorte, un véritable état bactériurique dû à ce que la prostate, infectée depuis longtemps, véritable foyer de culture, déversait dans l'urine d'une manière continue des bactéries auxquelles peu à peu le milieu s'était adapté et qui, de ce fait, ne produisaient aucun phénomène réactionnel. L'observation publiée par Macaigne et Vanverts (2) n'est pas moins curieuse : un malade qui avait eu, quinze ans auparavant, une blennorragie, fut frappé d'une double déférentite suppurée ; dans le pus, l'on trouva une culture extrêmement riche de bacille de Friedlaender, lequel vivait en saprophyte dans le vestibule du canal de l'urètre, au niveau de la fosse naviculaire, dans la sérosité duquel on le retrouva. C'est même quelquefois dans le parenchyme testiculaire lui-même que paraît s'endormir, pour se réveiller un jour sous une influence banale, et longtemps après, le microbe d'une vieille urétrite : à preuve cet abcès testiculaire que Vignerot (3) constata chez un malade de soixante-quatorze ans, et qui, conséquence d'une urétrite assez éloignée pour que la formation purulente ait eu le temps de s'entourer de « vieilles lésions scléreuses épидидymo-testiculaires », exalta un jour sa virulence, perfora l'albuginée et détermina une vaginalite suppurée aiguë.

(1) IMBERT et GAUJON, Note sur un cas de bactériurie (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1899, p. 253, et *Presse méd.*, 16 sept. 1899, n^o 74, p. 164).

(2) MACAIGNE et VANVERTS, Étiologie et pathogénie des orchite-épididymites aiguës et en particulier des orchite-épididymites d'origine urétrale non blennorragique (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, août 1896, p. 673).

(3) VIGNEROT, Abcès du testicule. Vaginalite suppurée consécutive, castration (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, LXIV^e année, 5^e série, t. III, fasc. 21, juillet 1889, p. 486).

Second argument. — Enfin, il ne faut pas oublier que, même chez les individus vierges de toute blennorrhagie et de toute maladie génitale, le canal de l'urètre, à l'image de toutes les cavités naturelles de notre corps, lesquelles, suivant l'heureuse expression de Cl. Bernard, ne sont que le prolongement en nous du monde extérieur, paraît servir d'habitat normal à plusieurs espèces de germes qui y vivent en saprophytes, dans une sorte de paix armée, comme dit Widal (1), maintenus en respect par les forces physiques vitales et humorales de notre organisme, mais prêts à exalter leur virulence et à tirer profit des défaillances que tout traumatisme, toute infection venue d'ailleurs, toute association microbienne peut provoquer dans nos moyens de défense. Je sais bien qu'il nous reste beaucoup à apprendre sur ce point, que la flore urétrale est mal explorée et mal classée, que cette flore paraît s'éteindre au delà de la traversée balanique, que l'ascension des germes pathogènes le long d'un urètre sain, en dehors des conditions pathologiques, ne paraît qu'exceptionnellement réalisable et qu'il n'y a, par conséquent, point d'apparence que ces germes puissent devenir, pour un simple et léger traumatisme, subitement infectants. Voici pourtant un fait qui démontre qu'il ne faut pas tenir la flore urétrale pour chose négligeable. A. Le Roy des Barres et M. Weinberg (2) observent un malade qui n'avait jamais souffert d'aucune maladie vénérienne. A la suite d'une contusion des parties génitales, une orchite-épididymite se développe et se termine par suppuration. Deux abcès se forment, et, dans le « pus crémeux et blanchâtre, l'examen décèle l'existence d'un diplobacille encapsulé qui, par son mode de coloration, ses propriétés morphologiques, tenait de la race des pneumobacilles de Friedlaender ». Dans le rapport qu'ils ont lu l'an passé, à l'une des séances de l'Association française d'urologie, concernant les infections vésicales, Albarran, Hallé et Legrain (3) ont bien montré que ce n'est pas seulement au cours des infections graves, mais encore pendant l'évolution d'infections locales bénignes, comme le furoncle, et aussi, peut-être, au cours de ces états auto-infectieux mal définis d'origine intestinale, dont les formes et l'intensité sont extrêmement variables, que l'urine déverse dans la vessie des microorganismes divers, le *Bacterium coli*, en particulier. Or, cette pénétration des germes dans la vessie produit, suivant les contingences et les individualités, des résultats très différents, sinon très opposés : ici, c'est une infection grave et nécrotique de la paroi vésicale ; là, une cystite légère ;

(1) FERNAND WIDAL, Considérations générales sur les infections combinées (*Presse méd.*, 20 avril 1898, n° 33, p. 197).

(2) LE ROY DES BARRES et M. WEINBERG, Orchite-épididymite à diplobacilles de Friedlaender d'origine traumatique (*C. R. heb. des séances de la Soc. de biol.*, 27 mai 1898, n° 18, 10^e série, p. 560).

(3) ALBARRAN, HALLÉ, LEGRAIN, Des infections vésicales (*Congrès français d'urologie*, oct. 1898).

ailleurs, enfin, une bactériurie simple, sans réaction inflammatoire. Mais cette décharge urinaire de microbes, qui a pu laisser la vessie indifférente, produira, chez tel malade, une suppuration légère ou abondante de l'urètre, tandis que, chez tel autre, celui-ci restera réfractaire. Au reste, une bactériurie sans cystite ni urétrite peut, sous la plus petite influence, se transformer en bactériurie avec cystite et urétrite, ou en bactériurie avec urétrite simple ; un rien modifie les conditions de milieu et de virulence d'où dépend la genèse des signes extérieurs d'après lesquels nous jugeons de l'état des choses, et la barrière est, pour ainsi dire, fictive entre ce qu'on peut appeler l'élimination physiologique des bactéries et les bactériuries cliniquement appréciables. Au-dessus du testicule, le canal de l'urètre, même ne suppurant pas, peut être considéré comme une perpétuelle menace d'infection pour la glande génitale.

Troisième argument. — Il y a mieux encore : Eraud et Hugouneq (de Lyon) (1) identifiant hardiment — trop hardiment peut-être — dans une série de communications aux sociétés savantes, l'épididymite blennorrhagique et l'orchite des ourles, nous ont appris qu'ils avaient découvert, dans l'urètre d'adolescents vierges de toute blennorrhagie, un microbe à forme ronde, du genre diplocoque, qu'ils ont baptisé du nom d'orchiocoque pour l'avoir retrouvé dans le parenchyme du testicule ourlien et du testicule blennorrhagique. A pareil compte, au cas, très improbable à mon avis, où de nouveaux travaux confirmeraient ces surprenantes découvertes, nous verrions se réaliser cette hypothèse de Macaigne et Vanverts (2), à savoir que le microorganisme de l'urétrite n'est pas toujours celui qui produit l'épididymite, nous verrions se fondre en un seul groupe toutes les infections de l'appareil testiculaire, et l'orchite n'être plus autre chose que la conséquence de l'exaltation virulente d'un commensal habituel du canal de l'urètre. Mais qu'importe ? De quelque manière qu'on envisage les choses, tout ce que je viens de dire suffit à démontrer, je pense, que tout individu frappé d'orchite traumatique peut être considéré comme ayant un canal bactériologiquement suspect.

Quatrième argument. — Ce n'est pas tout. Sur un urètre anciennement atteint de blennorrhagie peuvent se produire, et se produisent assez fréquemment, des lésions histologiques sur lesquelles Noguès (3), dans un bon travail, insistait récemment : prolifération et gangrène épithéliales, granulations, altérations des lacunes et des glandes, lésions du verumontanum et des acini prostatiques, toutes choses

(1) ERAUD et HUGOUNEQ, Recherches bactériologiques et chimiques sur la pathogénie de l'orchite blennorrhagique et de certaines orchites infectieuses (*Soc. franç. de dermat. et de syphiligr.*, 4^e session, 6, 7 et 8 avril 1893 ; *Sem. méd.*, 5 avril 1893, n° 11, p. 163).

(2) MACAIGNE et VANVERTS, *loc. cit.*

(3) NOGUÈS, Des urétrites non gonococciques. Rapport lu à l'Association française d'urologie, octobre 1897, p. 37 ; chez Martelet, Troyes, 1897.

qui provoquent un suintement urétral aqueux, aseptique, sans microbes, si insignifiant, dans certains cas, qu'il passe très facilement inaperçu, et qui sont comme une amorce pour les microbes générateurs de l'orchite.

Eh bien, je le demande : est-il aujourd'hui possible, en présence de pareilles données, et quelque tassement que l'avenir réserve aux trop nombreux documents bactériologiques que chaque jour nous apporte avec lui, est-il, dis-je, possible de croire encore à cette fiction de l'orchite par effort ? Et comme on s'explique bien, quand on veut réfléchir à tout cela, comment Velpeau (1), celui-là même qui imagine l'orchite « par effort », put écrire : « Les orchites nées sous cette influence (c'est d'effort qu'il s'agit) font naître une tumeur, qui débute par l'épididyme ou le canal déférent, que l'urètre et la vessie soient altérés ou non ; par conséquent, l'orchite aiguë non urétrale due à cette cause présente les mêmes caractères anatomiques que l'orchite urétrale. » Nous connaissons aujourd'hui assez des choses qu'ignorait Velpeau pour traduire cela en bon français, et ce bon français le voici : L'orchite urétrale et l'orchite par effort ne sont qu'une seule et même chose.

Troisième classe. — Mais ce n'est pas tout : dans une troisième catégorie, en effet, se placent des observations qui, données comme exemple d'orchite par effort, ne sont très certainement pas autre chose que l'image de ces troubles vasculaires et trophiques qui accompagnent et suivent la luxation du testicule, ou, si l'on préfère, la torsion du cordon spermatique.

L'observation publiée par Terrillon (2) est sur ce point, me semble-t-il, tout à fait décisive : un homme, dont les testicules avaient accompli la migration complète, fait un violent effort ; le testicule gauche remonte subitement dans l'aîne, et d'une manière si douloureuse qu'une syncope survient ; une orchite éclate, accompagnée de phénomènes abdominaux. Trois semaines s'écoulent et le malade souffre encore ; on le castré. Et qu'observe-t-on au cours de l'observation ? Non seulement que le testicule « est fixé en avant de l'anneau inguinal », mais encore « qu'il a subi une atrophie manifeste ». Oui, ce sont bien là les accidents de la torsion du cordon spermatique.

Je ne crois pas à l'orchite « par effort ».

II. DES ORCHI-ÉPIDIDYMITES SPONTANÉES. — Je passe maintenant à l'étude des orchites secondaires ou spontanées.

Comme à toutes les glandes, l'agent infectieux peut être porté au testicule : 1° par son canal excréteur, le canal déférent ; 2° par son appareil vasculaire artériel, l'artère spermatique ; 3° par son appareil vasculaire veineux, les veines spermatiques ; 4° par son appa-

(1) VELPEAU, *loc. cit.*, p. 467.

(2) O. TERRILLON, De l'orchite par effort ; sa terminaison par l'atrophie testiculaire (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1885, p. 203).

reil vasculaire lymphatique, les vaisseaux blancs testiculaires ; 5° par la séreuse qui déferle autour de lui ses deux feuillets et dont la cavité fictive reste chez quelques sujets en continuité avec le péritoine dont elle n'est que l'épanouissement extra-abdominal ; 6° par le tissu cellulaire des bourses en lesquelles il est enfermé, lequel tissu cellulaire se continue avec la trame conjonctive du périnée.

De tout cela il importe de donner quelques exemples.

Quand un malade, au cours d'une blennorrhagie aiguë, quand un autre malade, à la suite des cathétérismes répétés que nécessite, par la rétention d'urine qu'elle détermine, l'hypertrophie sénile de la prostate, quand ces deux malades, dis-je, sont frappés d'épididymite, c'est d'infection par l'urètre qu'il s'agit. Quand, au déclin de la maladie ourlienne, de la fièvre typhoïde, de la variole, apparaît le gonflement douloureux du testicule, c'est que les capillaires artériels ont apporté à celui-ci les microorganismes pathogènes qui cheminent dans le torrent circulatoire. Au contraire, c'est le système veineux qu'il faut incriminer quand, à la suite de thromboses infectieuses du plexus pampiniforme, se produisent dans le testicule ces infarctus hémorragiques qui ont été décrits par Volkmann et par English (1), et qui sont ordinairement les facteurs d'une orchite vaginale très violente. C'est dans le système lymphatique qu'il faut chercher l'agent pathogène de ces inflammations chroniques du testicule, compliquées de poussées aiguës, qui sont compagnes de l'éléphantiasis exotique et de l'éléphantiasis nostras, et qui, fonction de la filariose (2) dans le premier cas, apparaissent comme fonction de la streptococcie dans le second (3). Ailleurs, et cela est un mode d'infection beaucoup plus rare, le processus morbide gagne le testicule par l'intermédiaire de la séreuse vaginale : ainsi s'explique, dans les cas de persistance temporaire ou définitive du canal vaginopéritonéal, la tuberculose qui, venue du péritoine, frappe, après la séreuse péritestriculaire, la glande que celle-ci recouvre ; ainsi s'explique encore (je ne parle pas ici d'infection) cette poussée inflammatoire qui, comme le fait remarquer Samuel Cooper (4), éclate à la périphérie du testicule après le traitement de l'hydrocèle vaginale par l'injection iodée. Enfin, rarement il est vrai, l'on voit le testicule réagir et s'enflammer au cours d'un phlegmon diffus ou d'une

(1) ENGLISH, Des infarctus hémorragiques du testicule (*Soc. imp.-roy. des médecins de Vienne*, séance du 2 juin 1893 ; *Sem. méd.*, 7 juin 1893, n° 36, p. 286).

(2) A. LE DENTU, A propos d'un lymphangiome du canal inguinal accompagné d'une hydrocèle filarienne et de lésions éléphantiasiques des pays chauds. Considérations sur les orchites spéciales des pays chauds (*Presse méd.*, 1^{er} sept. 1897, n° 72, p. 128).

(3) MONCORVO, Élémentarisme congénital (*Ann. de dermat. et de syphiligr.*, nov. 1895, n° 11, p. 965).

(4) SAMUEL COOPER, Pathologie chirurgicale, traduit par E. DELAMARE (*Encyclopédie des sciences médicales*, 3^e division, p. 600. Bureaux de l'Encyclopédie, Paris, 1841).