

et à l'encontre de ce qu'on observe pour quelques organes, l'imperméabilité des voies d'excrétion n'entraîne nullement l'atrophie de la glande. L'anatomie, la physiologie et la pathologie nous fournissent sur ce point des documents parallèles : les faits rapportés par Brugnone, Bosschka, Curling, Hunter, Gosselin, Simon et Godard, et dont il est fait mention dans la thèse de Floersheim (1), prouvent que le canal déférent peut être absent, arrêté dans son développement ou imperforé, sans que le testicule en souffre d'une manière apparente, ni qu'en soit troublée la virilité du sujet porteur de l'anomalie. Les expériences déjà vieilles de Astley Cooper, de Curling, de Godard et Martin Magron ; celles qu'a pratiquées naguère Brissaud ; celles que, plus récemment, David de Drezigné (2) a relatées dans sa thèse, montrent que la résection du canal déférent ne s'accompagne pas d'une diminution de volume appréciable du testicule ; la régression de l'organe, son atrophie, ne surviennent que si l'on pratique la ligature, ou bien la section des vaisseaux du cordon spermatique. Quant à la pathologie, elle nous enseigne que ni les oblitérations épидидymaires de l'infection blennorragique, ni l'extirpation de l'épididyme dans les cas de tuberculose, ni la ligature ou la résection du canal déférent employée contre l'hypertrophie de la prostate, ne déterminent d'atrophie du testicule. La même observation a été faite à la suite des déchirures du canal déférent au cours de la kélotomie : Parlavecchio (3) tranche le canal déférent pendant une cure radicale de hernie ; un an après, les deux testicules sont absolument pareils. L'imperméabilité des voies spermatiques ne paraît donc produire rien autre chose que des modifications régressives du processus spermatogénétique, telles que les ont décrites Brissaud, P. Bouin (4), mais purement momentanées et incapables d'altérer vraiment le volume ou la fonction testiculaires.

Symptômes. — C'est ordinairement dans la cinquième, la quatrième ou la troisième semaine après le début de la blennorragie, rarement dans la seconde, exceptionnellement dans la première, peu souvent après la sixième, qu'éclate l'épididymite ; mais elle peut apparaître plusieurs mois, plusieurs années, même, après le commencement de la chaudepisse, au cours de la « goutte militaire », à l'occasion d'un petit traumatisme, d'un excès vénérien ou d'une poussée de virulence de l'écoulement urétral.

(1) Léon FLOERSHEIM, Étude sur le traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate, thèse de Paris, 1896, n° 473.

(2) David de DREZIGNÉ, Ligature du cordon spermatique et du canal déférent (*Presse méd.*, 6 févr. 1897, n° 1, p. 60).

(3) PARLAVECCHIO, Suture du canal déférent (*Presse méd.*, 9 nov. 1895, n° 56, p. 451).

(4) P. BOUIN, Modifications régressives du processus spermatogène provoquées expérimentalement (*Réunion biologique de Nancy, Presse méd.*, 12 juin 1897, n° 48, p. 256).

Il est rare que des accidents généraux, courbature, fièvre, céphalalgie, myalgie, annoncent, en même temps qu'un endolorissement de la région abdomino-inguinale (point sus-inguinal), le début prochain de l'épididymite blennorragique. Presque toujours, celle-ci débute brusquement, en quelques heures, par de la douleur, du gonflement, quelquefois une simple gêne ; en même temps, l'écoulement urétral se tarit ou diminue considérablement. La douleur ne siège qu'exceptionnellement dans l'organe malade ; elle irradie des lombes vers la région inguinale, l'abdomen, quelquefois le testicule. J'ai vu des étudiants en médecine craindre pour eux une péritonite appendiculaire, tant la localisation de la douleur était trompeuse. Les bourses donnent seulement au malade la sensation de tension, de pesanteur. Au même moment où éclate la douleur, commence le gonflement ; c'est d'abord un simple épaissement, noueux et douloureux à la pression, de la queue de l'épididyme ; le canal déférent, la plupart du temps, est augmenté de volume, sensible à la palpation soutenue. Quelques frissonnements, la sensation de froid, un peu de malaise et de céphalalgie marquent, dès le début de la maladie, la réaction générale de l'organisme. Très rapidement les symptômes s'accroissent. La douleur devient intense, pongitive et tend à se cantonner dans les bourses ; la plus petite pression, quelquefois le plus léger attouchement, la station debout, le mouvement des cuisses, le frottement du pantalon, en augmentent l'acuité, et l'on voit des malades se défendre de tout contact en faisant de leurs deux mains un bouclier protecteur du scrotum. Souvent, ainsi que cela ressort du travail de Mauriac (1), il y a des irradiations douloureuses jusque dans les espaces intercostaux, le rachis, les cuisses, soit en avant, soit en arrière. Cette douleur produit, par voie réflexe, des troubles viscéraux plus ou moins marqués : vomissement, constipation, gastralgie, réaction cardiaque. Le gonflement marche de pair avec la douleur ; l'épididyme devient volumineux et s'étale sur le bord postérieur du testicule, en un gros bourrelet allongé, bosselé, sous lequel disparaît en partie la glande génitale qu'on trouve en avant, molle et aplatie latéralement, souvent séparée de la main par une petite couche de sérosité. L'exploration des organes est, chez beaucoup de patients, tout à fait impossible. Les bourses gonflent et rougissent. Elles gonflent parce que les phénomènes inflammatoires, faisant effraction au travers de la fibreuse commune, gagnent la face profonde du scrotum qui devient chaud et pesant. Le canal déférent est gros et douloureux ; quelquefois le cordon tout entier se gonfle en une masse allongée et douloureuse qui, du pubis, tombe sur le testicule. Le toucher rectal est ordinairement pénible et le malade s'en défend ; sur la prostate et sur les vésicules

(1) Ch. MAURIAC, Étude sur les névralgies réflexes symptomatiques de l'orchididymite blennorragique. Paris, 1870 (*Sem. méd.*, 1897).

séminales qui sont grosses, la pression du doigt provoque une douleur vive.

Cependant, au bout de trente-six heures environ, la douleur spontanée du début s'atténue sensiblement; mais la région reste sensible à toute action extérieure, si légère et si superficielle qu'elle soit. Et, tandis que le gonflement arrive à son acmé, la température se maintient à 38,5-39, la langue est saburrale, l'inappétence complète, la constipation marquée; la nuit, dans les courts moments de repos qui interrompent l'insomnie, surviennent des émissions de sperme vert jaunâtre, assez souvent mélangé de sang venu de la vésicule infectée. Et cela dure de quatre à sept jours, en s'atténuant progressivement à partir du troisième ou du quatrième.

Alors l'évolution terminale se dessine. Sur la plupart des malades, on voit, tandis qu'apparaît le bien-être, la température tomber, l'appétit revenir, la douleur diminuer progressivement d'intensité, la rougeur et le gonflement s'atténuer, l'engorgement fondre, la souplesse revenir: seule, la queue de l'épididyme reste dure, noueuse. Du quinzième au vingtième jour, le malade se lève: c'est la terminaison par résolution; elle est la règle. Chez d'autres, la fièvre redouble, des petits frissons surviennent, la douleur prend le caractère lancinant, les bourses gonflent, la peau rougit, adhère aux plans profonds contre lesquels elle se plaque, puis se nécrose et s'ulcère, ou bien se soulève en une tuméfaction molle, remplie de pus: c'est un abcès; celui-ci siège d'ordinaire sur la face postérieure des bourses; on l'ouvre; au bout de quelques jours, le malade est guéri: cette évolution est rare.

Mais ces deux terminaisons (par résolution et par suppuration) sont parfois troublées par quelques accidents.

Voici d'abord pour le cas de résolution: au moment où tout semble fini, souvent quand le malade commence à se lever, une rechute survient du même côté, soit une fois, soit plusieurs fois de suite (*épididymite à répétition*), quelquefois du côté opposé (*épididymite bilatérale*). Cette épididymite bilatérale est assez rare (1 fois sur 30); on ne voit, pour ainsi dire, jamais les lésions évoluer parallèlement sur les deux épididymes; une localisation survient quand l'autre disparaît, et quelquefois l'alternance se prolonge en plusieurs poussées inflammatoires (*épididymite à bascule*).

Voici maintenant pour les cas de suppuration. Au lieu d'un simple abcès épididymaire, se produit, chez certains sujets, la suppuration de la vaginale, quelquefois la suppuration du testicule, plus rarement la nécrose de ce dernier.

La suppuration de la vaginale est assez rare. Ch. Monod et Terrillon en relatent quelques exemples. J'en ai observé un joli cas sur un officier atteint d'une épididymite peu violente. Les signes généraux ordinaires de la suppuration coexistent avec la tuméfaction des

bourses et l'apparition de la fluctuation; si l'ouverture est petite, le pus croupit dans le clapier vaginal et la fistule est intarissable. Il faut donc que cette brèche soit large; mais on a vu alors, entre ses lèvres béantes, le testicule faire hernie, et l'albuginée se recouvrir de bourgeons charnus (*fungus bénin*).

La suppuration du testicule est rare; il y a lieu de tenir pour nulles la plupart des observations publiées sur ce point; souvent on a pris la suppuration vaginale pour la suppuration testiculaire. Une seule chose est caractéristique: la présence des tubes séminifères dans le pus, ou bien la constatation *de visu* de l'ouverture de l'albuginée. Gaucher en a publié deux exemples indiscutables. Le pus n'aboutit à la peau qu'après avoir traversé la vaginale; si celle-ci est symphysée, l'abcès est direct; si les feuillets n'adhèrent pas, il y a formation d'un empyème vaginal avant l'apparition de l'abcès sous-cutané.

La gangrène du testicule est une terminaison très rare de l'orchite blennorragique; quelques auteurs l'ont cependant observée, mais il ne faut pas, ainsi que Ch. Monod et O. Terrillon, comprendre parmi ces derniers, ceux qui, comme Maas, Mifflet, English, ont décrit la gangrène spontanée du testicule survenant en dehors de toute blennorragie, et les infarctus du testicule dont j'ai parlé ailleurs, à propos de la torsion du cordon spermatique. Une plaque de sphacèle apparaît sur les bourses et tombe; l'albuginée se montre, brune, noirâtre, recouvrant une sorte de masse pseudo-fluctuante, dans laquelle se creuse bientôt un orifice par lequel s'élimine, avec un peu de pus, une masse d'un gris jaunâtre formée de tubes testiculaires. Quand les escarres sont détachées, la plaie bourgeonne, se rétracte et guérit.

Formes. Complications. — J'ai décrit la forme aiguë de l'épididymite blennorragique. Il arrive souvent que ses manifestations s'atténuent; ainsi se constituent: 1° la *forme avortée* qui évolue sans même que le malade ait suspendu le cours de ses occupations journalières, et ne détermine aucun autre symptôme qu'une petite induration noueuse et indolente de la queue épididymaire. Chose curieuse: avec cette épididymite très bénigne coexiste quelquefois une funiculite violente. On dirait que l'infection s'épuise en chemin sur le cordon spermatique; 2° la *forme subaiguë* qui s'accompagne de peu de douleur, de peu de gonflement, et ne provoque, pour ainsi dire, aucune réaction générale; 3° la *forme douloureuse* (orchite névralgique de Gosselin et de Verneuil), caractérisée par une douleur violente et tenace, irradiée du scrotum vers l'aîne, les lombes et le rachis, si intense que tous les autres symptômes disparaissent devant elle, et si persistante qu'elle survit à la résolution de l'affection et engendre quelquefois une de ces névralgies rebelles et éloignées: rachialgie (point lombo-dorsal, point sacré); douleur épigastrique,

hypogastrique, sciatique, décrites par Mauriac (1); 4° la *forme avortée* où l'inflammation, rencontrant sur sa route le vas aberrans de Haller, s'y cantonne et n'aboutit pas à l'épididyme : deux cas seulement en ont été publiés; 5° la *forme grave* venue d'une complication péritonéale. Cette complication péritonéale éclate dans trois ordres de circonstances : ou bien il y a péritonite à la suite de la déférentite, le testicule étant en place; ou bien il y a épididymo-orchite d'un testicule en ectopie avec symptômes de péritonite; ou bien, enfin, le testicule étant encore en ectopie, éclatent des symptômes de pseudo-étranglement intestinal. Exemples :

Je n'ai pas trouvé un seul exemple indiscutable de péritonite survenue au cours d'une funiculite blennorragique. Le fait observé par Ledouble (2), que tous les auteurs rapportent comme concluant, est aussi peu précis que les autres. Il n'est cependant pas douteux que l'on a pu voir dans plusieurs cas, à l'occasion d'une épididymite blennorragique, éclater des phénomènes de réaction péritonéale plus ou moins vive, ordinairement éphémères et bénins. Cette réaction péritonéale survient à la suite des déférentites intenses et surtout, comme l'a fort bien dit Horteloup (3), à la suite de l'inflammation suppurée des vésicules séminales; elle est la conséquence de la participation que prend le tissu cellulaire sous-péritonéal au processus infectieux qui frappe le canal déférent et les vésicules. Ce phlegmon sous-péritonéal, étudié dans une revue de Faucon (4) peut, chez quelques malades, affecter une marche envahissante capable de le porter jusque dans la cavité de Retzius. Horowitz en a décrit, et Finger (5) en a observé une forme assez particulière au cours ou au déclin de la funiculo-épididymite blennorragique : il s'agit « d'une tuméfaction douloureuse que l'on sent au-dessus du ligament de Poupert, au niveau de l'épine iliaque antérieure ». J'ai observé personnellement deux cas analogues; l'un et l'autre se sont terminés par suppuration et j'ai dû pratiquer une large incision le long de la ligne de ligature de l'artère épigastrique; il s'agissait, pour mes malades, non pas d'un phlegmon du petit bassin né, comme cela doit se passer en pareille circonstance d'après Finger, autour des ganglions du canal déférent dans le petit bassin, mais bien d'un vrai phlegmon iliaque rétro-inguinal.

(1) MAURIAC, Étude sur les névralgies réflexes symptomatiques de l'orché-épididymite blennorragique. Paris, 1870.

(2) LEDOUBLE, De l'épididymite blennorragique (*Assoc. franç. pour l'av. des sciences*, séance du 23 août 1879, p. 24).

(3) HORTELOUP, *Soc. de méd. de Paris*, 9 février 1878.

(4) FAUCON, Sur la péritonite et le phlegmon sous-péritonéal d'origine blennorragique (*Arch. gén. de méd.*, oct. et nov. 1877).

(5) FINGER, La blennorragie et ses complications, p. 276; chez Alcan, Paris, 1894.

On lit partout que, chez les cryptorchides, la péritonite complique très fréquemment l'épididymite blennorragique : c'est, par exemple, ce qu'affirme Louis Jullien (1). Je crois que c'est là une erreur d'interprétation. Ledouble ne rapporte pas un seul cas de péritonite mortelle observée dans ces conditions; il dit bien, à la vérité, qu'au cours d'orchites inguinales non blennorragiques la mort a pu survenir, mais il ne signale qu'une seule observation : celle de Curling qui, dans une autopsie d'épididymite iliaque, trouva un abcès autour du testicule enflammé. Et d'ailleurs, il ajoute que l'orchite inguinale se termine toujours par résolution vers le quatrième ou le cinquième jour. En réalité, l'épididymite des cryptorchides, si elle est capable d'engendrer la péritonite, ne l'engendre que d'une manière tout à fait exceptionnelle, et les accidents qu'on a pris et décrits comme tels ne sont rien autre chose que du simple péritonisme, une « péritonite simulée ».

C'est de ce péritonisme que relèvent précisément encore les accidents de pseudo-étranglement qui marquent assez souvent le début de l'épididymite iliaque ou inguinale. Les douleurs abdominales sont vives; il y a des vomissements : le ventre est gros et sensible à la pression; il y a de la constipation; le pouls est petit, fréquent. Cela ressemble aux volvulus, ou, mieux encore, à certaines formes d'appendicite, car il y a toujours un peu de fièvre. Pour expliquer ces phénomènes, on a invoqué l'étranglement du testicule par les plans fibreux de la paroi de l'abdomen. Je ne pense pas que cela soit nécessaire; toute affection périventrals douloureuse est capable de produire des accidents réflexes de cette nature. Ch. Monod et Terrillon les ont, d'ailleurs, observés dans l'épididymite ordinaire, le testicule étant en bonne place; ils en attribuent, il est vrai, l'origine à la compression du testicule par le liquide de l'hydrocèle aiguë; mais cette interprétation, d'ailleurs peu satisfaisante à mon avis, ne repose sur aucun fondement. Je crois donc que le pseudo-étranglement symptomatique des épididymites scrotales, inguinales ou iliaques, ressortit tout simplement à des troubles réflexes intenses survenus dans le domaine de la motricité, tels qu'en a signalé Mauriac dans celui de la sensibilité, et dont j'ai eu l'occasion de parler plus haut. C'est à ce titre qu'il convient de signaler ici l'anxiété, la lipothymie et la syncope qu'on voit survenir chez quelques sujets prédisposés dans le cours des épididymites très douloureuses.

Marche. Durée. Terminaison. Suites. — La marche de l'épididymite blennorragique est presque toujours aiguë, ainsi que je l'ai dit déjà. A partir du sixième jour ordinairement, le gonflement, la douleur, la fièvre diminuent, et l'on peut dire que vers le vingtième jour, pour les cas sévères mais sans suppuration, le malade est

(1) LOUIS JULLIEN, Traité pratique des maladies vénériennes, p. 126, 2^e édit.; à Paris, chez J.-B. Baillière.

guéri. Il ne lui reste plus, avec un état anémique très accentué sur lequel Mauriac a insisté, qu'une induration de la queue et quelquefois aussi de la tête épидидymaire. Cette induration douloureuse à la pression persiste pendant un certain temps, souvent pendant plusieurs semaines et, quelquefois, pendant plusieurs mois; la station debout prolongée, les exercices un peu forcés, les excès génitaux l'influencent durant longtemps : c'est à cette sensibilité particulière et prolongée de l'épididyme qu'on a donné le mauvais nom de *névralgie du testicule* ; mais peu à peu, tout rentre dans l'ordre, les impressions douloureuses s'effacent : une petite nodosité dure marque seule et, chez quelques individus, marque pour toujours, sur la queue épидидymaire, la place où les lésions ont débuté et évolué avec le plus d'intensité.

L'épididymite blennorragique est donc, d'une manière générale, une maladie bénigne : elle suppure très rarement et frappe exceptionnellement le testicule. Elle présente, il est vrai, des rechutes assez fréquentes, lesquelles surviennent presque toujours au moment où le malade abandonne son lit, mais il est facile de les éviter et, d'ailleurs, elles n'ont d'autre inconvénient que d'allonger la durée de la maladie. Le point noir de l'épididymite blennorragique réside dans l'oblitération épидидymaire et dans la stérilité qui en est la conséquence, dans les névralgies qui la suivent et, disent les auteurs, dans l'atrophie du testicule. Je n'ai jamais observé cette dernière : elle est tout à fait exceptionnelle.

Oblitération épидидymaire. — Terrillon (1) a étudié les modifications que subit, pendant et après l'épididymite blennorragique, la sécrétion spermatique. Pendant la période aiguë de l'affection, le sperme, jaune grisâtre, souvent mélangé de sang, contient des spermatozoïdes ; ces spermatozoïdes, de vitalité précaire, sont ceux qui occupaient la vésicule séminale avant le début de l'affection. Quand la maladie est guérie, l'examen microscopique ne décèle plus, dans un sperme qui présente, d'ailleurs, les mêmes caractères de purulence, que des éléments cellulaires plus ou moins dégénérés, des leucocytes altérés et de nombreuses granulations ; pour les animalcules spermatiques, on n'en trouve plus. Cela ne s'entend évidemment que de l'épididymite bilatérale ; quand il y a épидидymite unilatérale, le sperme, dont l'aspect est très modifié par son mélange avec le liquide purulent provenant du catarrhe de la vésicule séminale, contient encore, à toute période de la maladie, des zoospermes, peu nombreux d'ailleurs et de vitalité apparemment diminuée, le contact avec la sécrétion anormale des voies d'excrétion du côté opposé paraissant leur être préjudiciable. Ainsi donc, dans les semaines qui suivent la guérison de l'épididymite blennorragique, le

(1) O. TERRILLON, Des altérations du sperme dans l'épididymite blennorragique (*Ann. de derm.*, 1880).

sperme ne renferme plus de spermatozoïdes si cette épидидymite a été double. Combien de temps dure cette azoospermie ? Chez beaucoup d'individus, toute la vie : sur ce point les recherches de Godard, Gosselin, Liégeois nous ont complètement édifiés ; au reste, il n'est pas un médecin qui n'ait dans sa clientèle bon nombre d'hommes devenus stériles à la suite d'une double épидидymite ancienne. L. Jullien, dans un relevé de 85 cas d'épididymite observés par les auteurs cités plus haut et par lui-même, a compté seulement 9 fois la réapparition des spermatozoïdes. Personnellement, je crois qu'il y aurait optimisme à prendre cette proportion pour la règle. Il est bon d'ajouter que l'azoospermie peut survivre à la disparition de toute induration, de toute nodosité épидидymaire, et que tel sujet présente, après sa mort, un canal épидидymaire perméable aux injections mercurielles qui, durant sa vie, était resté irrévocablement stérile. Il est pourtant bien certain que, sur un certain nombre de sujets, les spermatozoïdes réapparaissent dans le liquide de l'éjaculation quelques mois après la guérison de l'épididyme. Un médecin, qui avait été atteint autrefois d'une épидидymite blennorragique assez intense et récidivée, vint me trouver, il y a quelques années, très effrayé parce qu'au cours d'une nouvelle épидидymite consécutive à une très légère suppuration urétrale et survenue du côté opposé, il avait constaté une éjaculation faite de sang et de sérosité purulente. Il craignait, non sans quelque apparence de raison, que les lésions dont il se plaignait ne fussent de nature tuberculeuse. L'ayant tranquilisé sur ce point, j'examinai le sperme : il ne contenait pas un seul spermatozoïde. L'épididymite, qui fut assez bénigne, guérit en quelques jours. Deux ou trois mois plus tard, j'examinai de nouveau le sperme : il restait privé d'animalcules. Au bout d'un an, le confrère me revint visiter, un peu tracassé par la certitude où il était que sa femme était grosse de deux mois ; le microscope dissipa toute préoccupation sur ce point délicat : le sperme renfermait une quantité considérable de spermatozoïdes. Je crois qu'il est peu d'observations où les choses aient pu être étudiées avec une pareille précision ; comme l'a fait très judicieusement observer M. Besnier à l'occasion de deux faits présentés par Morel-Lavallée (1) à la Société de dermatologie, c'est par l'examen de leur sperme et non pas par la grossesse de leur femme qu'il convient de juger de la fertilité des sujets atteints de double épидидymite. En tous cas, on ne saurait révoquer en doute, et je ne crois pas que beaucoup de chirurgiens des hôpitaux de Paris, comme l'affirme Morel-Lavallée, se refusent à admettre la chose, le retour possible, après l'épididymite, de la perméabilité épидидymaire.

(1) MOREL-LAVALLÉE, Perméabilité des canaux déférents chez les sujets porteurs d'orchite double ancienne (*Soc. franç. de derm. et de syph.*, séance du 12 janvier 1899 ; *Presse méd.*, 18 janvier 1899, n° 5, p. 23).

Une constatation assez curieuse a été faite par de Sinéty (1). Le sperme d'hommes jeunes, présentant même une grande activité génitale, mais ayant été atteints huit ou dix ans auparavant d'épididymite blennorragique unilatérale, contenait un très petit nombre de spermatozoïdes : ces rares éléments avaient perdu leurs mouvements deux à trois heures après l'éjaculation, contrairement à ce qu'on voit à l'état normal. De Sinéty conclut de ces faits que la suppression fonctionnelle d'un testicule agit à la longue sur l'état physiologique de son congénère et entraîne la production d'un liquide séminal à spermatozoïdes moins nombreux et moins actifs. Ainsi s'expliqueraient nombre de cas de stérilité conjugale qu'on impute à tort à la femme. Il y a là une remarque des plus intéressantes.

Atrophie testiculaire. — L'atrophie du testicule n'a presque jamais été constatée à la suite de l'inflammation blennorragique de l'appareil spermatique. J'ai déjà montré, à l'aide de documents cliniques, histologiques et expérimentaux, que l'imperméabilité des voies d'excrétion du sperme n'avait aucune action sur le volume du testicule, ni, en apparence, sur ses fonctions spermatogénétiques.

Il est donc facile de comprendre que l'inflammation blennorragique, qui se cantonne presque toujours sur l'épididyme, ne trouble en rien la vitalité future de la glande génitale. Je crois même qu'il faut considérer l'excessive rareté des cas où l'on a pu constater l'atrophie testiculaire comme la preuve que l'on se trompe en disant que, de l'épididyme, l'inflammation blennorragique gagne souvent le testicule et qu'il s'agit en réalité, dans la grande majorité des cas, d'une orchite-épididymite véritable. Cela n'est pas. D'autre part, on ne peut se défendre de trouver là un puissant argument à invoquer contre ceux qui tendent à considérer les complications génito-scrotales de la chaudière comme une infection venue par la voie artérielle. Les faits dont il est ici question s'élèvent contre une pareille conception des choses ; si, en effet, celle-ci était justifiée, la science n'en serait plus — à beaucoup près — à compter les très rares faits d'atrophie testiculaire qui, toujours les mêmes, réapparaissent dans tous les traités didactiques : ceux de Gosselin, de Nicaise, de Mollière et Augagneur, de Rollet. Ce dernier aurait vu évoluer concurremment l'atrophie du testicule et les stigmates du féminisme : chute des poils, apparition d'un mince duvet, transformation infantile de la voix.

Pronostic. — Même quand elle suppure, l'épididymite blennorragique est une affection bénigne. Je n'ose pas faire entrer en ligne de compte, pour l'évaluation du pronostic, la douteuse péritonite et le rare phlegmon sous-péritonéal. Il ne reste donc, pour mettre du

(1) DE SINÉTY, De l'épididymite unilatérale comme cause de stérilité (*C. R. hebdomadaire des séances de la Soc. de biologie*, 7 févr. 1896, n° 4, p. 129).

noir dans le tableau, que l'aptitude de l'épididyme à la récurrence et l'oblitération de son canal, oblitération qui paraît définitive à la suite de toutes les inflammations sévères, transitoire, au contraire, après les inflammations légères. Malgré la souffrance apparente en laquelle Liégeois, de Sinéty, ont vu vivre les spermatozoïdes chez des individus autrefois frappés d'épididymite unilatérale, on peut dire que l'imperméabilité des voies d'excrétion du sperme ne devient intéressante que si elle est double.

Diagnostic. — En règle générale, rien n'est plus facile à faire que le diagnostic de l'épididymite blennorragique. Qu'elle soit intense ou légère, elle ne trompe pour ainsi dire jamais le médecin. Le professeur Fournier a décrit de cette épididymite blennorragique, sous le nom d'épididymite pseudo-tuberculeuse, une forme qui compliquerait singulièrement le problème du diagnostic, s'il ne paraissait à peu près certain que c'est vraiment de la tuberculose que relèvent les accidents signalés par lui, et qu'il convient de les distraire du chapitre des complications blennorragiques. Cette forme est caractérisée par « une marche subaiguë, insidieuse, le gros volume et des bosselures de l'épididyme, par des douleurs ; après un état stationnaire de plusieurs semaines, plusieurs mois, elle se termine soit par la résolution, soit par la suppuration ; la fistule se tarit et laisse un cordon dur, aboutissant à une petite masse indurée qui persistera toujours. Quelquefois, il se produit plusieurs poussées successives jusqu'à ce que la suppuration survienne. La durée est toujours fort longue ». Qui ne reconnaît là les caractères de l'épididymite tuberculeuse évoluant, avec ou sans suppuration, vers la guérison ?

Je ne vois guère, pour faire naître la confusion en cas d'inflammation blennorragique intense, que l'épididymite tuberculeuse à forme ou, tout au moins, à début aigu, et, en cas d'inflammation subaiguë, les poussées inflammatoires développées autour d'une tuberculose lente. Souvent un examen attentif permet d'affirmer le diagnostic. Sur ce point d'ailleurs, j'aime assez la recommandation de Louis Jullien (1) et je crois, avec lui, qu'on doit toujours avoir présentes à l'esprit les deux considérations suivantes : la première, c'est que l'épididymite blennorragique est infiniment plus fréquente que toutes les autres variétés d'épididymite ; la seconde, c'est qu'un grand nombre de sujets, par ignorance, par indifférence, par coquetterie, par amour-propre ou par sottise, essaieront de nier avoir contracté un écoulement urétral et simuleront l'étonnement, au moment où on leur montrera la goutte de pus sortant du canal. C'est cette goutte qu'en tous cas d'épididymite il faut désespérément chercher. Les dénégations doivent être tenues pour nulles. Au reste, cet écoulement lui-même n'est pas pathognomonique, puisqu'on l'observe dans la

(1) LOUIS JULLIEN, *loc. cit.*, p. 132.