

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.

tuberculose urinaire profonde. Il convient donc d'examiner le pus et, souvent, de laisser le diagnostic en suspens pendant quelques semaines.

Dans les cas difficiles, on a coutume de considérer comme un bon signe de tuberculose l'adhérence de la queue de l'épididyme à la face profonde du scrotum. La valeur d'une pareille constatation perdrait beaucoup de son importance s'il se confirmait, ainsi que le prétend Augagneur (1), que cette adhérence existe, pendant une dizaine de jours, au cours de l'orchite-épididymite blennorragique. Au dire de cet auteur, il se produit, dans les lames du tissu conjonctif qui unit entre elles les circonvolutions du canal épидидymaire et dans le tissu conjonctif profond des bourses qui l'avoisine, une sorte d'épanchement inflammatoire séro-sanguin, ne contenant pas de gonocoques, qui assure l'adhérence momentanée de l'épididyme et des bourses. C'est, sans doute, par ce mécanisme qu'il faudrait expliquer comment, dans certains cas d'épididymite très atténuée, il se produit une telle réaction phlegmoneuse du scrotum, que Brault (2) a pu, non sans exagération d'ailleurs, décrire cette forme sous le nom de : « fausse orchite avec phlegmon simple et profond des bourses ».

L'orchite inguinale et l'orchite iliaque, par les accidents particuliers dont elles peuvent devenir l'origine, prêtent à un tout autre genre d'erreurs de diagnostic. On risque, par exemple, de prendre pour de l'étranglement véritable ce qui n'est que du pseudo-étranglement. Je ne pense pas que la solution du problème soit difficile. Je suppose, d'abord, qu'il n'est pas de chirurgien capable d'examiner un malade frappé d'accidents d'obstruction ou de pseudo-obstruction intestinale, sans palper le scrotum. Cela donné, deux cas peuvent se présenter : avec l'ectopie constatée, ou bien coexiste, ou bien coexiste pas une hernie. S'il y a hernie, du moment qu'on observe des signes d'étranglement, peu importe que cet étranglement soit vrai ou faux : on doit, il faut opérer. S'il n'y a pas hernie, si on a constaté des signes de blennorragie, si le toucher rectal indique de la déférento-spermo-cystite, il n'y a qu'à attendre un peu : l'orage se calme vite et l'éclaircie met à jour le diagnostic.

Quand il n'y a plus de doute sur l'existence d'une inflammation blennorragique, une question se pose encore : le testicule est-il atteint comme l'épididyme, ou bien ce dernier est-il seul frappé ? J'ai déjà dit qu'en dehors des cas de suppuration et de nécrose testiculaires, l'atrophie de la glande génitale était si rare après « la tumeur blennorragique » des bourses, qu'il fallait tenir pour exceptionnelle sa participation au processus infectieux. Voici à quels signes, à mon sens bien insuffisants ou de contrôle très difficile, on peut reconnaître la coexistence de l'orchite et de l'épididymite : douleur très

(1) V. AUGAGNEUR, Sur un symptôme particulier de l'épididymite blennorragique (*Lyon méd.*, 9 déc. 1894, et *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1896, p. 153).

(2) BRAULT, Note sur la fausse orchite. Phlegmon simple et profond des bourses (*Lyon méd.*, 2 avril 1893, et *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1898, p. 425).

violente et syncopale, siège testiculaire de cette douleur (?), induration, ou plutôt consistance ferme et augmentation de volume de la glande elle-même, absence d'hydrocèle, intensité des phénomènes généraux, température plus élevée, etc...

Traitement. — On a employé bien des moyens contre l'épididymite blennorragique : parmi ces traitements, il en est qui sont enfantins, et d'autres qui sont excessifs. L'on ne peut nier, par exemple, qu'il ne soit un peu léger de prétendre, avec Tzcinski (de Varsovie) (1) qu'on fait avorter l'épididymite blennorragique en appliquant sur le scrotum la pommade suivante : nitrate d'argent 1 gramme ; axonge 10 grammes, ou bien, à la manière de M. W. Pavker (2), une solution contenant 4 grammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'éther nitrique alcoolisé.

L'on ne peut nier davantage qu'il ne soit intempestif de pratiquer, à l'exemple de Vidal (de Cassis) et de Salleron (3), le débridement de l'albuginée, dans le but, aussi louable qu'inutile, de parer à l'étranglement du parenchyme testiculaire.

Cela dit pour débarrasser cet article de tout ce qui l'encombrerait inutilement, je dois dire que j'approuve pleinement la déclaration suivante de Mauriac (4) : aucune des médications employées jusqu'ici ne diminue réellement la durée de l'orchite ; la simple expectation suffit dans les cas ordinaires, et la maladie dure ainsi de sept à huit jours.

Ainsi le problème se trouve simplifié. Étant donné que, quelle que soit la thérapeutique mise en œuvre, on ne peut raisonnablement pas attendre d'elle la résolution plus rapide du processus inflammatoire, quelles indications reste-t-il à remplir ? Aucune pour les épididymites subaiguës et peu douloureuses ; celle de soulager le malade, pour les épididymites aiguës et douloureuses.

Il n'y a donc qu'à livrer les premières à elles-mêmes ; il est inutile de condamner le malade au lit ; suivant la méthode de Langlebert, acceptée et prônée par les chirurgiens de Lyon, il est bon d'appliquer la compression ouatée et, mieux encore peut-être, la compression ouato-caoutchoutée qui s'effectue très bien avec le suspensoir de Langlebert modifié par Horand, qui a le triple avantage, remarque Et. Rollet (5), d'assurer l'immobilisation, la sudation et la compression de la région.

(1) TZCINSKI (de Varsovie), Traitement de l'orchite blennorragique (*Sem. méd.*, 10 août 1892, n° 4, p. 162).

(2) M. W. PAVKER, Formule pour le traitement de l'orchite blennorragique (*Sem. méd.*, 11 nov. 1891, n° 55).

(3) SALLERON, Observations d'orchite blennorragique traitées par le débridement du testicule suivant la méthode de Vidal (de Cassis) (*Arch. gén. de méd.*, 1870, t. V, p. 163).

(4) MAURIAU, Discussion à la Société de dermatologie, le 8 mai 1890 (*Sem. méd.*, 14 mai 1890, n° 21, p. 173).

(5) ÉTIENNE ROLLET, Pathogénie et traitement de l'épididymite blennorragique (*Sem. méd.*, 16 mai 1894, n° 29, p. 229).

Pour les épидidymites violentes, un devoir s'impose donc : calmer les douleurs. Je dois dire, d'ailleurs, que cette indication ne s'affirme que pendant trente-six ou quarante-huit heures ordinairement. Comment la remplir ? D'abord en se gardant bien d'employer, sous prétexte de révulsion et de résolution, ces détestables traitements par des topiques irritants (badigeonnages de chloroforme, de nitrate d'argent, d'acide phénique), ainsi que la compression par des appareils plus ou moins rigides (dextrine, bandes de toile, bandes de caoutchouc) ou par l'affreux collodion. A la douleur provoquée par l'épididymite, l'application des rubéfiants et des révulsifs ajoute la cuisson pénible des excoriations du scrotum ; quant à la compression, j'imagine que pas un chirurgien ne s'aviserait d'en faire bénéficier un malade atteint d'épididymite vraiment très aiguë ; cela est du domaine des choses intolérables. Je considère donc comme impossible, au moins pendant les premiers jours et pour les cas très aigus, le traitement des médecins militaires dont parle Reclus, et le traitement de Reclus lui-même, qui consiste à appliquer le testicule sur la cuisse et à l'y comprimer avec une bande de toile ou de caoutchouc.

Donc, d'abord ne pas faire de mal. Puis, laisser le malade au lit. Du Castel (1) pense que cela est inutile ; « ni la prostatite, ni la vaginite, dit-il, n'aggravent l'orchite et ne nécessitent le lit ». Je ne saurais trop m'associer à la protestation que Desnos (2) a formulée contre une pareille affirmation ; non seulement le séjour au lit est une chose très utile, sinon nécessaire, pour toutes les orché-épididymites aiguës, mais encore il est, dans certains cas, tout à fait indispensable, si indispensable que les patients ne sauraient à aucun prix s'en passer.

A cela qu'ajouter ? Plusieurs moyens sont bons.

Des médecins donnent à l'intérieur du salicylate de soude : Chauffard (3), Desnos le préconisent, et Romme (4), analysant la thèse de Picot, le considère si bien comme un spécifique de l'épididymite blennorrhagique, qu'il attribue les rechutes, quand elles apparaissent, à la suppression hâtive du traitement.

D'autres, tels Balzer et Lacour (5), préconisent les badigeonnages de gaïacol. Un, deux, au maximum trois badigeonnages pratiqués avec la pommade suivante : gaïacol 5 gr., vaseline 30 gr., suffisent à calmer la douleur, l'agitation, la fièvre, l'insomnie. Le traitement n'a aucune action directe sur la résolution des phénomènes inflammatoires ; il détermine un léger érythème du scrotum qui devient sec et se fendille.

(1) DU CASTEL, Faut-il aliter les malades atteints d'orchite ? (*Sem. méd.*, 19 janvier 1898, n° 3, p. 23).

(2) DESNOS, Traitement de l'orché-épididymite blennorrhagique (*Bull. méd.*, 1898, p. 65).

(3) CHAUFFARD, Discussion à la Soc. de méd. des hôp., 6 avril 1894.

(4) E. ROMME, Du salicylate de soude dans le traitement de l'orchite blennorrhagique (*Presse méd.*, 23 sept. 1899, n° 76, p. 82).

(5) BALZER et LACOUR, Des badigeonnages de gaïacol dans le traitement de l'orchite (*Sem. méd.*, 11 avril 1894, n° 22, p. 173).

D'autres emploient le stypage : ainsi du Castel. Un tampon d'ouate ordinaire, refroidi par la projection d'un jet de chlorure de méthyle, suivant la méthode de Bailly, est appliqué pendant quelques secondes à la surface des bourses, du côté malade. Cette application du froid est répétée chaque matin, ordinairement matin et soir, chez les malades violemment atteints. Elle produirait un soulagement immédiat.

D'autres continuent à faire usage des antiques sangsues : on en met six ou dix sur la région funiculaire. Cela calme les douleurs assurément, mais est tout à fait malpropre.

D'autres, comme Reclus, préconisent, au dire de Rollet, l'application sur le scrotum de compresses d'eau chaude à 55° ; c'est un traitement excellent, mais d'une si grande sujétion qu'il est, pour ainsi dire, impraticable.

D'autres, suivant la méthode de Curling-Diday (1), emploient la réfrigération par la glace ; on applique sur les bourses relevées, et ce pendant plusieurs jours, un sac de caoutchouc rempli de glace, en interposant plusieurs doubles de linge ou de flanelle entre la vessie et la peau pour éviter la congélation de celle-ci. Ce traitement est simple, efficace et propre. C'est le meilleur.

D'autres s'en tiennent à la vieille méthode : application d'onguent napolitain belladonné et cataplasmes variés. Ce n'est pas fort recommandable ; c'est une thérapeutique bien sale et d'une utilité contestable. J'en dirai autant des boues de Dax transportées, dont Barthe de Sandfort (2) a préconisé l'emploi. Le procédé est plus original... et plus coûteux.

D'autres enfin, car il faut clore la liste, ont appliqué et conseillé l'électricité. Lorin (3) ayant, en 1890, exposé dans sa thèse la pratique du Dr Cras, médecin de la marine, le Dr Moreau Wolf (4) réclama pour lui, dans une lettre adressée à l'*Union médicale*, la priorité du traitement de l'orché-épididymite par les courants continus. Si cela pouvait régler le différend, je dirais qu'en 1878, j'ai vu pratiquer, sans aucun succès particulier d'ailleurs, ce traitement électrique des inflammations testiculaires, par M. Picot (de Bordeaux), lequel en était fort enthousiaste. A défaut des avantages qu'elle peut avoir, un seul mot permettra de juger des commodités de cette thérapeutique : pendant dix-sept jours (c'est Lorin qui parle) il faut faire deux séances quotidiennes d'électrothérapie dont chacune, à partir du quatrième jour, doit durer trois quarts d'heure !

Pour ce qui me concerne, je traite les orché-épididymites aiguës par le repos au lit et par l'application de la glace pendant quelques

(1) DIDAY, De l'emploi du froid dans certaines affections du testicule (*Ann. de dermat. et de syph.*).

(2) BARTHE DE SANDFORT, Traitement des engorgements testiculaires par les boues de Dax transportées (*Bull. méd.*, 21 juin 1893).

(3) LORIN, Traitement de l'orché-épididymite d'origine urétrale par les courants continus, thèse de Paris, 22 mai 1890.

(4) MOREAU WOLF, *Union méd.*, 4 juin 1890, n° 24.

jours; j'ai plus de confiance dans l'action antiphlogistique bien connue du refroidissement continu que dans l'action mystérieuse et encore hypothétique d'un stypage extemporané.

Quelques chirurgiens, qui pensent que la douleur de l'orchite-épididymite aiguë est due surtout à la distension de la vaginale par du liquide, conseillent, suivant la manière de Velpeau, de faire la ponction de l'hydrocèle et, en effet, il n'est pas rare de voir cette petite opération soulager les patients. Mais elle est un peu douloureuse, la région du scrotum étant dans un état inflammatoire qui rend toute manœuvre sur elle pénible pour le patient; pour ma part, je n'ai jamais eu l'occasion de la pratiquer.

Je crois, comme Paul Delbet (1), qu'il est bon de pratiquer de grandes irrigations urétrales; je conseille ces irrigations dès que le permet l'atténuation de la douleur; c'est ordinairement une solution faible de chloral que je formule à cet effet.

ÉPIDIDYMITES DÉFÉRENTIELLES NON BLENNORRAGIQUES. —

Variétés. — A l'épididyme, on voit le canal déférent conduire des infections descendantes puisées, soit dans le canal de l'urètre (*épididymites urétrales*), soit dans la prostate (*épididymites prostatiques*), soit dans les vésicules séminales (*épididymites vésiculaires*).

Épididymites uréthro-déférentielles. — Au même titre que les infections gonococciennes, toutes les infections de l'urètre peuvent, quand elles atteignent la région membraneuse du canal, provoquer une épididymite par voie déférentielle.

Les urétrites anagonococciennes sont de deux sortes: 1° les unes, qui succèdent à la blennorragie, sont anagonococciennes secondaires: quand elles sont anamicrobiennes et stériles, elles sont dues à l'irritation médicamenteuse produite par les injections ou à des lésions anatomiques de la muqueuse urétrale; quand elles sont bactériennes et fertiles, elles sont imputables à des infections suppuratives banales surajoutées à la gonococcie; 2° les autres, qui sont indépendantes de la blennorragie, sont dites urétrites anagonococciennes primitives; suivant les cas, elles sont microbiennes et septiques, ou anamicrobiennes et aseptiques.

Toutes ces urétrites peuvent, à des titres évidemment divers et avec un degré de fréquence très variable, provoquer l'infection épididymaire. Étudier les causes des épididymites urétrales non blennorragiques revient donc à dire quelles sont les différentes variétés d'urétrites anagonococciennes.

J'ai déjà dit que les *urétrites anamicrobiennes secondaires* aux urétrites blennorragiques étaient dues à l'action chimique des substances irritantes introduites dans le canal, ou bien aux modifications cellulaires de la muqueuse urétrale (végétations polypiformes, granulations, ulcérations, lésions des lacunes et des glandes, prostatite chronique); je n'y reviens pas. Du reste, il n'est pas

(1) Paul DELBET, Cinq cas d'orchites blennorragiques traitées par les lavages au permanganate de potasse (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, oct. 1896).

démontré que ces urétrites aseptiques soient capables d'engendrer une épididymite. Noguès (1), dans un bon travail auquel j'emprunte la classification précédente, cite un cas d'orchite survenue au cours d'une urérite aseptique; mais, ainsi qu'il en convient lui-même, il ne s'agit pas là d'une observation péremptoire.

Les *urétrites microbiennes secondaires* sont fréquentes; elles sont dues, soit à la pullulation des microorganismes qui sont les commensaux habituels du canal de l'urètre, soit à la pénétration dans ce canal de microorganismes du dehors qui lui sont portés par une bougie, le bec d'une seringue, etc. Ces urétrites, dont les germes pathogènes sont nombreux et d'espèces diverses (staphylocoques, diplocoques, bactérie fourmi, etc.), ne dépassent que dans la moitié des cas, environ, la fosse naviculaire; une grande partie d'entre elles ne réalisent donc pas les conditions nécessaires au développement d'une épididymite.

Les *urétrites anamicrobiennes primitives* sont très rares; très rares, au moins, sont, pour ce qui les concerne, les observations ayant un caractère de précision suffisante. Pour croire aux « échauffements », aux « blennorroides », c'est-à-dire à ces écoulements prétendus aseptiques qui seraient la conséquence du coït exécuté dans certaines conditions (abus des rapports avec une femme menstruée ou leucorrhéique), il faudrait des observations exactes avec examens répétés; or, il n'y en a pas. Reste donc, seulement, la question des urétrites signalées au cours des oreillons, de la fièvre typhoïde, du paludisme, de la tuberculose, de la goutte, du rhumatisme, de l'herpès. Or, en dehors de l'herpès, dont une observation de Le Für semble prouver la localisation possible à la fosse naviculaire, aucun fait ne permet d'affirmer l'existence de ces urétrites d'ordre général. Au cas, d'ailleurs, où cette existence ne saurait être révoquée en doute, il resterait encore à déterminer si ce sont des inflammations qui ressortissent à une culture du microbe spécifique sur le canal urétral, ou bien à une simple irritation de la muqueuse par le passage d'une urine chargée de microbes (bactériurie). J'ai montré, dans le chapitre de la pathogénie des orchites, combien toutes ces questions, non encore résolues, compliquent la question de la genèse des infections épididymo-testiculaires survenant dans le cours des grands processus pyrétiques.

Les *urétrites microbiennes primitives* ressortissent en grande partie au cathétérisme; celui-ci provoque l'inflammation, soit en exaltant la virulence de germes habitant le canal, soit en apportant sur la muqueuse de celui-ci des microbes pris à l'extérieur: c'est ainsi que se développent l'épididymite du cathétérisme chez les prostatiques et les rétrécis, l'épididymite des urétrotomisés et des calculeux. Cependant il est des urétrites microbiennes anagonococciennes tout à fait indépendantes de l'introduction d'un instrument quelconque dans le canal: elles se produisent par contagion génitale et reconnaissent ordinairement pour agent pathogène le colibacille; elles sont rares, le

(1) NOGUÈS, Des urétrites non gonococciennes (*Rapport lu à l'Assoc. franç. d'urol.*, oct. 1897, p. 43; chez Martelet, Troyes, 1897).