

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).

canal de l'urètre se défendant à l'état normal très puissamment contre les germes qu'il rencontre dans le canal génital de la femme.

Toutes ces urétrites peuvent, au même titre que l'urétrite gonococcique, donner naissance à la déférento-épididymite; plusieurs observations en font foi, entre autres, d'après Noguès, celles de Legrain, de Bockart, de Macaigne et Vanverts.

*Épididymites prostatodéférentielles et Épididymites vésiculodéférentielles.* — A côté des épididymites uréthro-déférentielles se placent les épididymites prostatodéférentielles et vésiculodéférentielles. Dans les inflammations et suppurations de la prostate et des vésicules séminales, on voit éclater quelquefois la complication épididymaire. Chacun connaît, par exemple, l'orchite des prostatiques qui, s'il est vrai qu'elle est souvent consécutive à la manœuvre du cathétérisme, se développe, en un certain nombre de cas, en dehors de toute intervention chirurgicale dirigée sur l'urètre, par la seule influence de la suppuration des glandes du « carrefour génito-urinaire », et de l'infection propagée de ces glandes au canal déférent.

Les orchites vésiculodéférentielles, quoique rares, ont été quelquefois observées. Monod et Terrillon ont vu se développer une double épididymite sur un malade à qui on avait réséqué un segment de la muqueuse rectale, et Noguès (1) a publié le cas d'un jeune homme ne présentant aucune trace d'écoulement et qui, souffrant d'une vésiculite colibacillaire, fut, au cours de cette dernière affection, frappé d'une épididymite aiguë.

**Symptômes.** — On a coutume de dire que les épididymites urétrales, qu'on pourrait presque appeler les épididymites des urinaires, car, ainsi que je l'ai montré, leur pathogénie se résume presque tout entière dans les manœuvres nécessitées par l'état des voies urinaires chez les calculeux, les prostatiques et les rétrécis, on a coutume de dire que ces épididymites diffèrent de l'épididymite blennorragique par leur début traînant, leur symptomatologie atténuée, le peu de réaction locale et générale qu'elles provoquent, la fréquence avec laquelle le testicule et l'épididyme sont concurremment frappés, leur tendance à la suppuration et la facilité de leur récurrence (orchites à répétition). D'une manière générale, cela est vrai; il est même à noter que, dans plusieurs des observations, on a noté, en même temps que la suppuration de la vaginale, la nécrose totale ou partielle du testicule.

Guépin et Lozé (2) ont décrit, d'une manière évidemment schématique, trois formes cliniques à l'orché-épididymite qui survient chez les urinaires, chez les prostatiques en particulier.

La *forme abortive* débute d'une manière lente et insidieuse, déter-

(1) NOGUÈS, Vésiculite pseudo-membraneuse à colibacille; épididymite et vaginité consécutives (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, juin 1897).

(2) A. GUÉPIN et LOZÉ, L'orchite des prostatiques (*Gaz. des hôp.*, samedi 19 février 1898, n° 21).

mine simplement un peu de pesanteur dans les bourses, des douleurs vagues le long du cordon, un engorgement légèrement douloureux de la queue de l'épididyme qui est peu sensible à la pression. Souvent, l'écoulement urétral diminue ou disparaît; il y a un peu de fièvre, d'inappétence et de constipation. En quelques jours, tout rentre dans l'ordre. C'est là, vraiment, l'épididymite ordinaire de ces vieux prostatiques qui se sondent eux-mêmes et sont, pour ainsi dire, en état continu d'épididymites subintrantes à résolution lente.

La *forme aiguë* ou *inflammatoire* débute quelquefois de la même manière sournoise, mais souvent s'annonce un peu plus bruyamment. Il y a, au début, de la fièvre se traduisant par l'élévation de la température et l'embarras gastrique. Le cordon est augmenté de volume. L'épididyme se gonfle, s'indure et coiffe le testicule; un peu d'œdème infiltre le scrotum qui rougit, et, dans la vaginale, quelques grammes de liquide se forment. Au bout de sept à huit jours, la fièvre tombe, la langue, qui était un peu sèche, se nettoie, mais la période de résolution traîne en longueur et l'inflammation décline lentement; quelquefois des abcès se montrent, dont le siège est variable: ou bien ils apparaissent, peu volumineux, sur la face postérieure du scrotum, développés soit dans l'épididyme, soit, autour de celui-ci, dans le tissu cellulaire péri-épididymaire; ou bien c'est la vaginale qui se remplit de pus; alors des adhérences s'établissent entre elle et le scrotum, et un volumineux abcès apparaît à la face antérieure des bourses.

La *forme grave* est la marque d'une infection urinaire avancée; c'est, en réalité, de cette infection urinaire, et non pas de la localisation épididymaire, que relève la sévérité du pronostic qui s'attache à la situation. Les forces déclinent; l'amaigrissement fait de rapides progrès; la langue se sèche; le sommeil se perd; les urines, brunes, se raréfient; le subdelirium apparaît; l'estomac se refuse à l'alimentation lactée. Peu à peu l'affaiblissement s'accroît et le malade s'éteint dans le coma, tandis que, localement, quand elle en a le temps, la suppuration envahit l'épididyme. Lorsque l'état général est moins atteint et que le malade résiste à l'infection urinaire, les manifestations locales prennent de l'importance: après l'épididyme, le testicule est frappé; des petits abcès s'y développent, qui gagnent la vaginale; la glande séminale baigne dans le pus où l'albuginée macère et se gangrène; la glande se nécrose et s'élimine en totalité ou en partie. Gosselin rapporte l'intéressante observation d'un malade qui périt ainsi, après avoir perdu un testicule.

#### ORCHI-ÉPIDIDYMITES PAR INFECTION VASCULAIRE.

**ORCHI-ÉPIDIDYMITES DES PYREXIES.** — Anatomie pathologique. — Kocher a fait une bonne étude des lésions que provoque l'inflammation dans le parenchyme du testicule. Cette étude a été reprise