

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 vaginite 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

par M. B. Voïnoff (1), qui a donné le résultat de ses recherches dans une intéressante communication faite aux médecins de Botkine.

Les altérations de l'orchite aiguë ont été examinées par lui sur des testicules frais et sur des testicules durcis. A l'œil nu, le testicule apparaît œdématié, augmenté de volume; ce volume peut être doublé ou triplé. Le parenchyme est rouge, les vaisseaux étant très hyperémiés; les canalicules se déchirent facilement pendant la dissociation. L'albuginée est épaissie; ses vaisseaux sont gorgés de sang.

Les lésions microscopiques sont de trois ordres: parenchymateuses, vasculaires, interstitielles:

1° *Parenchymateuses.* — La paroi des tubes séminifères est épaissie, surtout chez les sujets âgés. Les cellules qui remplissent les canalicules sont décollées, mais non dégénérées, sur les enfants jeunes (quatre ans); sur les enfants plus vieux (douze ans), ces cellules présentent un état trouble et sont en dégénérescence granulo-graisseuse; sur l'adulte, les lésions sont plus accentuées encore; il y a une véritable nécrose de coagulation. A côté de ces altérations, qui sont de véritables lésions de destruction, il y a des phénomènes de néoformation, se traduisant par la karyokinèse et la multiplication cellulaire. Le nombre des spermatozoïdes est très inférieur à la normale, mais les mouvements de ceux-ci ont été observés par Voïnoff, trente-six heures après la section de l'organe.

2° *Vasculaires.* — Les vaisseaux sont dilatés et hyperémiés; l'endothélium vasculaire est atteint de dégénérescence grasseuse.

3° *Interstitielles.* — Dans le tissu conjonctif périvasculaire et intercanaliculaire, on trouve un grand nombre de cellules fixes du tissu conjonctif, des amas d'hématies et des cellules rondes, tantôt en amas, tantôt disséminées le long des vaisseaux. De même que les parois des canalicules s'épaississent d'une manière définitive et que leur lumière centrale tend à disparaître, de même le tissu conjonctif s'organise et se densifie dans les espaces intercanaliculaires.

Orchite ourlienne. — L'orchite ourlienne est rare chez l'enfant, dont la fonction testiculaire sommeille; elle est assez fréquente chez l'adulte, dont le testicule est en pleine activité spermatogénétique. Crevoisier d'Hurbache, à Strasbourg, Gintrac, à Bordeaux, Tédénat (2), à Montpellier, ont observé sur des enfants jeunes et sur des lycéens des épidémies d'oreillons au cours desquelles la complication testiculaire serait intervenue; mais c'est là une chose tout à fait exceptionnelle. Sur les adultes, la fréquence est variable. D'une manière générale, on observe l'orchite ourlienne dans un tiers des cas environ, d'après les médecins militaires (Laveran, Bich, Védrènes); mais on cite de curieuses épidémies où la totalité des individus frappés d'oreil-

(1) M. B. VOÏNOFF, Anatomie pathologique des orchites infectieuses (*Communication à la réunion des médecins des Baraques de Botkine; Presse méd.*, 25 janvier 1896, n° 8, p. 11).

(2) TÉDÉNAT, Contribution à l'étude de l'orchite ourlienne (*Montpellier méd.*, 2^e série, sept. 1885, p. 182).

lons furent atteints d'orchite (relation de Noble, à propos de l'épidémie de l'Ardent: 14 sur 14; relation de Dogny: 27 sur 27).

C'est, d'habitude, du huitième au dixième jour, c'est-à-dire au moment où la fluxion parotidienne entre en résolution, qu'apparaît le gonflement de la glande génitale, lequel est presque toujours unilatéral; mais cette règle souffre de nombreuses exceptions et les anomalies qu'on observe sur ce point ont été classées sous deux chefs:

1° *La fluxion testiculaire précède la fluxion parotidienne.* — Ce n'est ordinairement que de deux à trois jours, exceptionnellement de quinze à vingt, comme l'a observé Grivet (1). Ces oreillons à type inverse, ainsi les dénomme Laveran, sont assez rares; cependant, Roque a suivi une épidémie où, dans la majorité des cas, la manifestation testiculaire apparut la première.

2° *La fluxion testiculaire existe sans fluxion parotidienne.* — La plupart des médecins ont observé cette anomalie; on la trouve signalée dans tous les traités et dans beaucoup de mémoires, mais il faut considérer comme tout à fait exceptionnelle la proportion indiquée par Heller qui, dans une épidémie survenue à Dantzig, aurait vu, sur 29 cas d'orchite ourlienne, la parotidite faire défaut 19 fois. Il est bon de dire qu'il y a là des causes d'erreur assez nombreuses: d'abord, on peut prendre pour une orchite ourlienne ce qui n'en est point une, c'est-à-dire se méprendre sur la cause de la complication testiculaire; ensuite, la manifestation parotidienne peut être très légère et, de ce fait, passer inaperçue. Il s'en faut que tous les cas publiés aient l'authenticité de l'observation de Béclère (2): un jeune garçon de quinze ans est atteint d'une orchite sans parotidite; trois camarades de collège de cet enfant avaient été frappés par la maladie ourlienne dix jours avant que lui-même tombât malade; ses deux sœurs furent successivement atteintes par les oreillons une vingtaine de jours après le début de la maladie de leur frère.

Au point de vue anatomique, l'orchite ourlienne est proprement une testiculite parenchymateuse, et non pas une épидидymite. On a pourtant observé des cas où le testicule et l'épididyme ont été simultanément touchés, et d'autres où l'épididyme seul a été atteint. Sorel (1877), Védrènes (1882) et plus particulièrement Catrin (3) ont insisté sur ces faits qui avaient été déjà signalés, à titre exceptionnel, par Troussseau, Madamet (de Melun), Morel-Lavallée, mais qui, jusqu'à ces derniers temps, ne semblaient pas avoir influencé l'enseignement classique de la testiculite ourlienne pure. Lemoine (4) dit

(1) GRIVET, Deux cas d'orchite ourlienne tardive (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, mai 1889, p. 365).

(2) BÉCLÈRE, Orchite ourlienne d'emblée sans tuméfaction des glandes salivaires (*Soc. de méd. des hôp.*, séance du 27 mai 1898; *Sem. méd.*, 1^{er} juin 1898, n° 38, p. 247).

(3) CATRIN, *Soc. de méd. des hôp.*, 16 févr. 1894.

(4) LEMOINE, Rép. à la communicat. de Béclère (*Soc. de méd. des hôp.*, 27 mai 1898).

même avoir constaté que l'épididyme était plus souvent frappé que le testicule et, selon lui, dans bien des cas d'oreillons frustes, l'épididymite ourlienne a été prise pour une épididymite tuberculeuse. Ces faits mériteraient qu'on s'arrêtât un moment à les discuter. On a observé, en effet, des cas où il y a eu déférento-funiculite (Rilliet); d'autres où, au cours des oreillons, a éclaté la prostatite (1). C'est ainsi que se complique le problème de la pathogénie de l'orchite ourlienne, qui, dans ces conditions, ne serait pas toujours une infection par la voie vasculaire, et pourrait bien, au contraire, dans un certain nombre de cas, descendre de l'urètre par la voie déférentielle. A-t-on donc constaté l'urétrite au cours des oreillons? Oui, quelquefois, et il est même probable qu'elle existait, à l'état chronique et latent, dans bon nombre de cas où on ne l'a pas dépistée. Cette urétrite était-elle ourlienne au sens propre du mot? Tédénat le pense, sous prétexte que, chez « quatre sujets atteints d'orchite ourlienne n'ayant jamais eu d'urétrite et n'ayant pas pratiqué le cœt depuis trois jours au moins, il vit le méat rouge, et put, avec l'explorateur à boule, ramener un peu de muco-pus ». Cet argument est insuffisant et n'a convaincu ni les médecins, ni les urologistes, et je pense qu'il est peu de cliniciens pour croire à l'urétrite des oreillons. La question reste donc celle-ci : tous les cas où, dans le cours des ourles, l'épididymite vraie a été observée, ressortissent-ils à de vieilles lésions urétrales, connues ou méconnues, ou bien l'épididyme est-il l'égal du testicule lui-même devant les infections par la voie vasculaire? Je crois, pour ma part, qu'il y a un rôle important à faire jouer au passé génital de l'individu.

On aurait observé, d'une manière exceptionnelle, la vaginalité sans lésion de l'appareil épididymo-testiculaire. Kovacs (2) en a publié un cas. Il y a, sans doute, des réserves à faire.

J'ai peu de choses à dire des symptômes de l'orchite ourlienne. Au moment où le malade paraît entrer en convalescence, la fièvre éclate; en même temps, le testicule gonfle et devient douloureux. Les bourses sont augmentées de volume; le scrotum est chaud, rouge, œdémateux. Deux choses sont à noter : la première est que, dans un certain nombre de cas, les symptômes généraux sont presque alarmants et que les malades prennent l'apparence de typhiques gravement atteints; la seconde est que ces accidents généraux, quand ils affectent cette intensité, durent ordinairement très peu de temps, vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures. Il s'agit quelquefois d'une simple fluxion légère et rapide qui disparaît en trois ou quatre jours; sur d'autres malades, au contraire, c'est une véritable orchite qui évolue, et la résolution ne commence qu'au bout d'une semaine, pour n'être définitive qu'après quinze ou vingt jours. La suppuration est exceptionnelle.

(1) COMBY, Oreillons avec orchite, prostatite et hémoptysie (*Soc. de méd. des hôp.*, 19 mai 1893).

(2) KOVACS, Orchite ourlienne sans parotidite (*Sem. méd.*, 14 mai 1890, n° 21, p. 179).

Au bout de quelques mois, dans une proportion d'une fois sur trois environ, l'on peut constater que le testicule a subi un degré marqué d'atrophie; il reste mou et flasque; plus on s'éloigne de la maladie, plus l'atrophie est apparente, et bientôt il ne reste plus dans les bourses « qu'une petite fève, qu'un petit haricot » sans consistance. Les lésions de cette orchite atrophique, qui ont été étudiées par Reclus et Malassez, consistent dans une nécrose épithéliale des tubes testiculaires et dans une dégénérescence de la paroi interne de ces tubes dont la lumière est ainsi définitivement oblitérée. Quand l'orchite est double, c'est, pour le malade, la stérilité ou l'impuissance : la stérilité seulement, s'il a été frappé à l'âge adulte et déjà en possession de sa force génitale; l'impuissance et le féminisme s'il a été atteint avant la puberté. Je pense, comme Reclus, qu'il y a lieu de faire des réserves sur ces prétendus retours des individus à la vie génitale et sur cette prétendue faculté qu'aurait, d'après Védrènes (1) et Tédénat, le testicule de récupérer son volume après quelques mois d'atrophie.

Orchite typhoïdique. — L'orchi-épididymite est une complication assez rare de la fièvre typhoïde : sur 200 typhiques, Liebermeister n'a observé que trois épididymites; encore furent-elles très bénignes.

C'est une complication tardive de la maladie; on a bien noté son apparition dans les quinze premiers jours de la pyrexie, mais seulement à titre exceptionnel. D'une manière générale, elle éclate vers la fin de la troisième décade, plus souvent encore dans le cours de la convalescence.

Les mêmes auteurs, par une évidente contradiction, affirment, d'une part, que la gravité de la dothiéntérie n'a aucune influence sur le développement de l'orchite et, d'autre part, que celle-ci se montre de préférence chez les malades qui sont affaiblis et déprimés.

L'orchite typhoïdique est unilatérale. J'ai dit ailleurs quelles difficultés sont inhérentes au problème de sa pathogénie; je n'y reviens que pour répéter une chose : à savoir que si la localisation testiculaire du processus dans certains cas est en rapport avec l'hypothèse d'une infection par la voie sanguine (embolies bactériennes), les assez nombreuses observations qu'on a publiées d'inflammation épididymaire paraissent ne pouvoir s'interpréter autrement que par une déférentite d'origine urétrale, soit qu'il s'agisse en l'espèce d'une urétrite typhique, ce que je ne crois pas, soit qu'il s'agisse du réveil d'une ancienne chaudepisse, soit qu'on incrimine l'exaltation de virulence des commensaux habituels du canal, soit, enfin, qu'on rende responsable des manifestations inflammatoires du canal déférent une simple bactériurie typhique.

L'orchite typhoïdique ne provoque quelquefois aucune réaction générale; ordinairement elle s'annonce par une recrudescence de la fièvre, de la céphalalgie, des troubles gastriques. En même temps,

(1) VÉDRÈNES, *Recueil de mém. de méd. milit.*, 1882, t. XXXVIII, p. 167.