

On peut additionner ces lavements de 3 à 10 gouttes de teinture d'iode, en augmentant tous les jours le nombre des gouttes. SCHARFF (1892) préconise les lavements d'ichthyol (10 à 50 p. 100) faits avec la seringue de OIDTMANN.

Dans l'urèthre on applique des solutions de nitrate d'argent (1 à 5 p. 100) ou des onguents à la lanoline iodurée (avec la seringue de TOMMASOLI notamment). La cure de dilatation, le passage des sondes de fort calibre rendent ici de grands services.

Quand, à côté de la prostatite chronique, il existe une neurasthénie, celle-ci guérit généralement par le traitement local de la prostatite.

Si les accidents nerveux persistent après la guérison de la prostatite et de l'urétrite chroniques, on conseille suivant la gravité des troubles : l'hydrothérapie, l'électrothérapie, le fer, l'arsenic, les bains de mer, la cure de PLAYFAIR.

V. — DE L'ÉPIDIDYMITE

Généralités.

Par ce qui en a été dit au chapitre de l'histoire, nous savons que cette complication extrêmement fréquente est connue depuis très longtemps, depuis que l'on connaît la blennorrhagie elle-même pour ainsi dire.

ROLLET (1862), sur 2.425 cas de blennorrhagies, a observé 678 fois l'épididymite, soit dans 27,9 p. 100 des cas; JULLEN (1886), sur 2.500 cas, 381 fois, soit dans 15,2 p. 100 des cas; TARNOWSKI (1872), sur 5.203 cas, 637 fois, soit dans 12,2 p. 100 des cas. Nous-même (en 5 années, service d'hôpital), sur 1.844 cas, avons enregistré 548 fois cette complication, soit dans 29,9 p. 100 des cas.

Ces chiffres qui se rapportent aux malades hospitalisés sont certainement trop élevés. Il est évident que les blennorrhagiens atteints d'épididymite se font beaucoup plus souvent admettre à l'hôpital que les malades porteurs d'une simple urétrite, car ils sont souvent incapables de travailler. BERG (1882) n'a pu observer l'épididymite dans sa clientèle privée que dans 7,5 p. 100 des cas d'urétrite, tandis qu'à ma polyclinique, sur 500 cas j'ai constaté 65 fois l'épididymite (soit dans 13 p. 100 des cas).

L'épididymite est le plus souvent unilatérale. Naguère encore on croyait que l'épididyme gauche était plus souvent atteint que le droit et il ne manquait pas de théories pour expliquer le fait. On disait qu'il devait en être ainsi parce que, la plupart des hommes portant les bourses du côté gauche, le testicule gauche était plus exposé que l'autre à la compression et aux contusions.

On invoquait la prédominance du varicocèle à gauche ou la compression exercée sur le canal déférent gauche par l'S iliaque. Des statistiques dressées sur une plus grande échelle ont prouvé que l'épididymite est aussi fréquente à droite qu'à gauche; les chiffres que nous reproduisons dans le tableau suivant montrent même une petite différence en faveur du côté droit.

	Droite.	Gauche.	Double.	Totaux.
Gaussaille	45	24	4	73
D'Espine	12	11	6	29
Aubry	40	52	7	99
Castelnaud	125	133	7	265
Curling	21	14	1	36
Sigmund	60	48	6	114
Fournier	102	126	35	263
Turati	191	192	25	408
Lefort	249	200	41	490
Ramorino	29	37	»	66
Gamberini	15	10	3	28
Breda	64	53	4	121
Jullien	167	182	33	382
Kuhn	70	67	12	149
Unterberger	35	25	5	65
Statistique de l'auteur	275	251	22	548
	1.500	1.425	211	3.136

On voit que l'épididymite double est une rareté.

Comme toutes les complications dérivant de l'urétrite postérieure, l'épididymite n'apparaît d'ordinaire pas avant le second ou le troisième septenaire de la maladie. Toutefois, elle peut se développer plus tôt, quand par exemple la blennorrhagie subit l'influence de quelque traumatisme, de quelque exploration instrumentale qui refoule le pus dans l'urèthre postérieur. Au reste, voici un tableau qui résume les observations de Fournier, Lefort, Gaussaille, d'Espine, Aubry, Castelnaud et Unterberger, quant à l'époque d'apparition de l'épididymite.

1 semaine après l'infection dans	46 cas.
2 semaines —	157 —
3 — —	132 —
4 — —	191 —
5 — —	132 —
6 — —	64 —
7 — —	44 —
8 — —	61 —
3 mois — —	66 —
4 — —	33 —
5 — —	18 —
6 — —	22 —
7 — —	9 —
8 — —	8 —
9 — —	5 —
10-12 — —	8 —
2 ans — —	9 —
3 — —	7 —
4 — —	2 —
7 — —	1 —
	1.015 cas.

D'après ces données, plus de la moitié des cas d'épididymite observés (622 sur 1015) auraient apparu entre la deuxième et la cinquième semaine après l'infection, et ce serait particulièrement vers la quatrième semaine que cette complication se montrerait le plus habituellement.

D'après WIDAL (1844) et STURGIS (1875), l'éclosion de l'épididymite pourrait être plus précoce; un observateur entendu, BERGH (1884), dit avoir vu dans deux cas, l'épididymite s'établir immédiatement après un coït laborieux, quelques jours avant l'écoulement; deux autres fois, au dire du même auteur, l'épididymite serait survenue en même temps que l'écoulement.

Nous sommes très sceptique à l'égard de ces cas, non pas que nous croyions à la mauvaise volonté du malade ou à son intention de tromper le médecin, mais parce que nombreux sont les porteurs d'urétrite chronique qui vont et viennent sans se douter que cette urétrite peut, sous l'influence d'une poussée aiguë, donner lieu à l'épididymite.

Quant aux causes qui provoquent l'épididymite, ce sont toutes celles que nous savons capables d'augmenter ou de propager l'inflammation blennorrhagique. Nous en avons trop souvent parlé pour y revenir.

Le traitement a été accusé, mais à tort, de donner naissance à l'épididymite; à ce propos, il est intéressant de jeter un regard sur la statistique de Lefort.

Sur 576 cas d'épididymite :

264	sont survenus au cours de blennorrhagies non traitées;
73	— après un traitement par les balsamiques;
82	— — — injections;
60	— — — balsamiques et les inject.;
97	— — — non spécifié.
576	cas.

Ce sont donc les urétrites non traitées qui fournissent le plus grand nombre d'épididymites.

Il est vrai que dans ces cas l'absence de traitement ne doit pas être seule incriminée; les malades non soignés sont aussi ceux qui s'exposent aux influences les plus fâcheuses : aux excès bacchiques et vénériens, aux fatigues physiques.

ASTRUC (1754) et après lui DESPRÈS (1878) ont recherché la cause de l'épididymite dans la rétention du sperme résultant de la continence à laquelle les blennorrhagiens sont condamnés. Certes, on peut obser-

ver chez les sujets restés très longtemps continents, des phénomènes douloureux du cordon spermatique, de la tension et de la pesanteur du testicule, phénomènes généralement désignés sous le nom de *colique séminale*. Il est difficile de confondre cette colique séminale avec l'épididymite. Aussi pensons-nous, comme les anciens, que l'épididymite est beaucoup plus souvent due aux éjaculations qu'à l'engorgement du sperme.

La pathogénie de l'épididymite n'est pas encore éclaircie. Il est très probable cependant qu'il s'agisse en l'espèce d'une *affection blennorrhagique pure*. Les gonocoques parvenus dans l'urèthre postérieur arrivent dans les conduits éjaculateurs, dans le canal déférent, se multiplient à la surface de l'épithélium qui tapisse ces conduits et atteignent finalement l'épididyme où ils font naître l'inflammation.

Cette inflammation, comme toutes celles que provoque le gonocoque, montre moins de tendance à suppurer qu'à devenir chronique; le processus se caractérise donc par la formation de tissu cirrhotique abondant.

D'après cela toute épididymite devrait être précédée d'une déférentite. Dans beaucoup de cas cependant, l'affection semble débiter par l'épididyme, pour envahir secondairement les éléments du cordon spermatique; en d'autres termes, très souvent l'affection paraît être ascendante.

Mais, cette contradiction n'est qu'apparente. Il est d'observation que l'épididymite s'accompagne sinon de sensations douloureuses ressenties le long du cordon, au moins d'une certaine sensibilité de cette région. Ce n'est alors que plus tard que l'inflammation du cordon devient manifeste.

Aussi longtemps, en effet, que les gonocoques se multiplient à la surface de la muqueuse, cette déférentite superficielle ne se traduit guère cliniquement. Puis, tandis qu'une partie des gonocoques gagnent l'épididyme, ceux qui se trouvent dans le canal déférent traversent les parois de ce conduit et émigrent dans le tissu conjonctif; la même chose se passe dans les trompes utérines (WERTHEIM, 1892).

La pénétration du gonocoque dans la profondeur des tissus a pour conséquence l'épaississement du cordon; la funiculite semble ainsi succéder à l'épididymite développée déjà depuis quelques jours.

Quand les gonocoques émigrent de l'intérieur du canal déférent ou de l'épididyme à la surface de ces organes, ils arrivent dans une cavité séreuse qui entoure une partie du cordon spermatique et les faces latérales de l'épididyme. Cette cavité, prolongement invaginé du

péritoine, subit alors l'inflammation et se remplit d'un exsudat : il se développe une hydrocèle de la vaginale ou du cordon.

Il n'est pas rare de pouvoir constater cliniquement la participation de la vaginale et du cordon à l'inflammation gonorrhéique. Nous reproduisons à ce propos la statistique suivante dressée par Sigmund :

Epididymite avec vaginalite	856 cas.
— — funiculite	108 —
— — funiculite et vaginalite	317 —
— seule	61 —
	<hr/>
	1.342 cas.

Symptomatologie.

L'épididymite aiguë débute généralement très brusquement. Subitement, tandis que la santé est ou paraît excellente, les malades ressentent une violente douleur, comme une brûlure intense dans l'une des bourses. C'est un peu comme si du plomb fondu tombait dans le scrotum. La fièvre s'installe, les malades éprouvent un grand malaise, et en quelques heures l'inflammation est en pleine floraison.

D'autres fois cependant l'épididymite s'annonce par quelques *signes précurseurs* : malaise général, frilosité, frissons, inappétence, mictions plus impérieuses et plus fréquentes, sensations douloureuses dans les aines au voisinage de l'orifice externe du conduit inguinal, sensations qui s'irradient dans les régions rénale et scrotale et qui finissent par se localiser dans l'une des bourses. L'écoulement, alors même qu'il était abondant, tarit généralement. Sur 141 cas observés par AUBRY (1841), la sécrétion uréthrale a complètement disparu dans 81 cas; elle n'a fait que diminuer dans 58 cas. Dans deux cas seulement cette sécrétion a paru augmenter en même temps que s'installait l'épididymite.

Le symptôme le plus constant est la douleur subite et bien localisée dans l'une des bourses. Si l'on explore le patient à cette période de début de la maladie, on trouve à la palpation l'épididyme gonflé, ayant un volume variant de celui d'une noisette à celui d'une noix. Cette tuméfaction bien limitée, qui n'intéresse d'abord que la tête de l'épididyme ou plus rarement la queue, est extrêmement douloureuse.

D'habitude, les douleurs augmentent très rapidement, le gonflement

envahit bientôt tout l'épididyme et si nous examinons le patient vingt-quatre heures après le début des accidents, l'augmentation du volume de la moitié correspondante du scrotum est déjà très manifeste; la peau est rouge, chaude et tendue. Le testicule de ce côté est enveloppé au-dessus, en arrière et au-dessous par une tumeur semi-lunaire assez dure, extrêmement douloureuse constituée par l'épididyme enflammé.

Dans beaucoup de cas le processus n'envahit que l'épididyme. Le gonflement de cet organe, les douleurs spontanées ou provoquées par le toucher augmentent encore pendant quelques jours. Le malade en raison de ces douleurs ne peut bouger, il prend au lit la position horizontale, il appuie le côté malade en étendant ou en fléchissant le membre inférieur correspondant. Mais après quelques jours, les douleurs spontanées cessent, la phase inflammatoire prend fin.

D'autres fois l'inflammation et le gonflement ne sont pas limités à l'épididyme : il se produit une *funiculite*. Le canal déférent devient dur, douloureux à la pression, gros comme une plume de corbeau, et l'on peut suivre ce cordon cylindrique douloureux jusqu'à l'orifice inguinal externe. Dans certains cas on peut même le suivre (par le toucher rectal) jusqu'à la prostate dont la moitié correspondante est elle-même gonflée, dure, douloureuse.

Si les autres éléments du cordon s'entreprennent, tout le paquet est alors douloureux et gonflé; il paraît en outre raccourci parce que le testicule de ce côté est attiré vers l'anneau inguinal.

L'inflammation peut se propager à la *tunique vaginale*; la cavité séreuse se remplit d'un exsudat. C'est toujours la vaginale du testicule qui s'entreprennent d'abord, il s'y forme une *hydrocèle aiguë*. Par le fait, le gonflement de la moitié correspondante des bourses devient bientôt considérable. Dans ces conditions, il n'est plus toujours possible de palper le testicule, car cet organe est entouré de liquide en avant et sur les côtés, tandis qu'en arrière il est recouvert par l'épididyme tuméfié.

Quand à la suite d'une malformation congénitale, la cavité vaginale du cordon ne s'est pas oblitérée, on peut voir se développer une *hydrocèle aiguë du cordon spermatique*. Il existe alors une tumeur fluctuante allongée, tendue, que l'on peut suivre jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal.

Quand la tuméfaction inflammatoire du scrotum est considérable, la peau conserve bien rarement son intégrité. Elle est toujours fortement tendue, mais elle peut aussi devenir rouge, s'épaissir, con-

tracter des adhérences avec les tissus sous-jacents. Il se forme alors ce qu'on appelle un « eczéma glabre ».

Dans ces cas, tous les tissus qui forment les enveloppes de l'un des testicules sont intéressés dans le processus inflammatoire. Quant au testicule lui-même, il est difficile de se rendre exactement compte de son état puisqu'il est complètement entouré de tissus infiltrés. Il paraît peu entrepris.

Toutes les altérations dont nous venons de parler se développent rapidement. En quatre ou cinq jours l'affection a d'habitude atteint son paroxysme; elle s'y maintient pendant quelques jours; puis, tandis que les phénomènes douloureux s'amendent rapidement, le gonflement ne rétrocede que lentement.

La marche de l'épididymite que nous venons de tracer offre de nombreuses variétés.

Et d'abord l'épididymite peut se déclarer d'une façon foudroyante.

Le malade qui souffre d'une uréthrite aiguë s'est-il exposé à l'une des causes occasionnelles signalées plus haut, que peu d'heures après (douze à vingt-quatre heures), généralement vers la soirée, il ressent une violente douleur dans tout l'abdomen. Il ne lui est pas possible de localiser d'une façon plus précise ces sensations pénibles. Tout le bas-ventre est météorisé, tendu, extrêmement sensible au moindre contact; le poids des couvertures devient lui-même insupportable. La fièvre s'installe et va jusqu'à produire une hyperthermie de 39,5° ou 40° C. Les douleurs augmentent en intensité d'heure en heure et s'irradient dans la direction du sacrum et de la cuisse; il se produit des éructations, du hoquet, des envies de vomir et enfin des vomissements bilieux et du collapsus. Ce tableau rappelle, ainsi que HANDSCHUH l'a dit (1831), celui d'une péritonite foudroyante et fait penser à l'existence d'un étranglement interne. Chez les alcooliques, il peut se déclarer du delirium tremens; puis, tandis que tous ces symptômes s'apaisent, on découvre un gonflement de l'épididyme. En opposition avec l'acuité de ces signes prodromiques, l'épididymite qui leur fait suite n'est pas toujours très intense, l'inflammation peut se limiter à l'épididyme ou même à une partie de cet organe. Dans ces cas, il est évident qu'une violente irritation du péritoine a précédé l'écllosion de l'épididymite. C'est HUNTER (1786) qui le premier a signalé l'apparition possible de ces phénomènes au cours de l'épididymite.

Nous avons dit plus haut que cliniquement l'affection débutait souvent dans l'épididyme, les symptômes de déférentite n'apparaissant que plus tard. D'autres fois, mais plus rarement, c'est l'inverse que

l'on observe et le processus montre nettement une marche descendante. C'est alors la prostate, dans l'un de ses lobes seulement qui s'entreprend, qui gonfle, en même temps que tarit l'écoulement et qu'apparaissent des besoins d'uriner plus fréquents et plus impérieux que d'habitude. Bientôt on peut sentir, partant de ce lobe prostatique malade, l'un des canaux déférents sous forme d'un cordon dur, du volume d'une plume de corbeau; puis, trois ou quatre jours plus tard, il se produit un gonflement limité, peu douloureux de l'épididyme. Cette épидидymite partielle peut évidemment, sous certaines influences défavorables, devenir une épидидymite aiguë étendue. Cette marche de l'affection, remarquée par BERGH (1882), nous avons eu l'occasion de l'observer plusieurs fois.

L'inflammation blennorrhagique peut, dans certains cas, n'intéresser que le canal déférent.

J. BELL (1794) a vu de ces cas de funiculite simple. Dans l'un d'entre eux, le malade qui avait vu disparaître subitement son écoulement, avait ressenti, presque en même temps, une violente douleur dans la région du col vésical, puis cette douleur s'était irradiée du côté de l'aîne et du testicule correspondants. Au-dessous de l'anneau inguinal, il s'était rapidement formé une tuméfaction cylindrique du volume d'une plume de corbeau, tuméfaction que l'on pouvait suivre jusque dans les bourses. Le testicule et l'épididyme étaient restés intacts. La tumeur avait acquis bientôt le volume du pouce et formait une masse allongée presque fusiforme, s'étendant depuis l'orifice inguinal externe jusqu'à l'extrémité du testicule exclusivement. GOSSELIN (1868) a fait une observation analogue chez un jeune homme de vingt-trois ans qui souffrait d'une blennorrhagie depuis cinq mois. Dans le sac scrotal on pouvait sentir un cordon dur qui partait de la tête de l'épididyme. Par le toucher rectal on ne constatait rien d'anormal.

BERGH (1868) et DAVARIS (1871) ont encore décrit de semblables cas. KOHN (1870) rapporte qu'un blennorrhagien ressentit un jour, après un accès de toux, une douleur subite dans le scrotum droit qui se prit à gonfler. La fièvre, la constipation, des vomissements vinrent bientôt compliquer le tableau morbide. Il se forma dans l'aîne droite une tumeur cylindrique qui prenait naissance à l'orifice externe du canal inguinal et qui se perdait dans le scrotum, en suivant le trajet du canal déférent. Le testicule et l'épididyme paraissaient intacts. Le canal déférent, normal dans sa partie inférieure, s'engageait dans la tumeur. Au niveau de celle-ci la peau était fortement tendue et

chaude. La région enflammée, très sensible à la palpation, était le siège de douleurs spontanées ou provoquées par la toux. Le gonflement disparut peu à peu, mais il persista un petit cordon dur qui n'était autre chose que le canal déférent épaissi. MIBELLI (1888) a publié un cas de funiculite double, les épидидymes ayant conservé leur intégrité. MAURIAC (1891) a enfin observé un malade atteint de vésiculite et de déférentite, sans épидидymite.

L'inflammation isolée d'un vas aberrans est une affection rare. GOSSELIN (1871) en a vu un cas, chez un jeune homme atteint d'urétrite. Au cours de la troisième semaine de la maladie, il put sentir dans le scrotum une petite tumeur douloureuse, absolument libre, grosse comme une noisette. Il put suivre le pédicule de cette nodosité jusqu'au voisinage de l'épididyme et de la portion initiale du canal déférent.

D'autres variétés d'épididymite résultent de l'ectopie du testicule ou de l'inversion de l'épididyme.

Les changements dans la situation réciproque du testicule et de l'épididyme sont le résultat d'un mouvement de rotation exécuté par le testicule autour d'un axe horizontal ou d'un axe vertical. ROYER (1859) distingue cinq formes d'inversion de l'épididyme :

- 1° L'épididyme est au-devant du testicule (inversion antérieure);
- 2° Il se trouve du côté interne ou du côté externe du testicule ;
- 3° L'épididyme se trouve situé au-dessus du testicule, par suite de la rotation de celui-ci autour d'un axe horizontal, allant de droite à gauche ;
- 4° Le même mécanisme peut faire que l'épididyme se trouve au-dessous du testicule ;
- 5° La situation du testicule varie constamment.

Nous savons aussi que le testicule, pendant une grande partie de la vie fœtale, se trouve dans l'abdomen et qu'il ne descend dans les bourses qu'assez tardivement.

Il se peut que le testicule soit retenu dans l'anneau inguinal, ou qu'il descende trop bas, jusqu'au périnée, à côté du raphé médian.

Enfin, au lieu de passer dans l'anneau inguinal, le testicule peut prendre l'anneau crural et venir se fixer au-dessous du ligament de Poupart. Dans l'une ou l'autre de ces situations anormales, le testicule peut évidemment s'enflammer.

C'est l'épididymite intra-inguinale qui est la plus fréquente ; PARIS (1857) et BOUCHARD (1861) l'ont particulièrement étudiée. M. ROBERT en avait déjà publié un cas en 1853. Dans les formes légères, les

malades se plaignent de douleur dans l'aîne. Le canal inguinal est le siège d'une tuméfaction très sensible à la palpation et la peau, à ce niveau, est rouge, endolorie. Sous l'influence du repos et d'un traitement antiphlogistique, le gonflement rétrocede rapidement. Dans les cas plus graves la tumeur acquiert le volume d'un œuf de poule ou même celui d'un œuf d'oie, le grand diamètre de l'œuf étant parallèle au ligament de Poupert. Ce ligament divise la tuméfaction en deux parties : l'une d'elles, inférieure et externe, est semi-lunaire, dure ; l'autre, supérieure et interne, est ovalaire, élastique, fluctuante en quelque sorte. Quand le canal déférent forme une anse dans le scrotum, cette anse s'enflamme et devient douloureuse.

La tunique vaginale peut aussi s'entreprendre dans ces conditions ; il se forme alors un épanchement séreux qui se trahit par une fluctuation manifeste. Au cas où la cavité vaginale communique avec la cavité abdominale, il n'est pas rare de voir se développer une péritonite, circonscrite ou généralisée. Quant au diagnostic de cette forme d'épididymite, outre que le testicule fait défaut dans la bourse correspondante, les patients disent avoir remarqué, déjà auparavant, la présence, dans la région inguinale, d'une petite tumeur ; l'*épididymite inguinale*, au même titre que l'*épididymite sous-crurale*, peut être confondue avec un bubon. L'*épididymite périnéale* simule une cowpérite ou un abcès périurétral. Ici encore la palpation du scrotum lève tous les doutes.

Une autre complication de l'épididymite, étudiée par LEDOUBLE (1879) résulte de l'existence concomitante d'une *hernie* ou d'un *varicocèle*. La queue de l'épididyme enflammé peut contracter des adhérences avec la hernie : celle-ci, libre jusqu'alors, peut, par le fait, devenir irréductible.

Il est possible que l'inflammation gagne les anses intestinales prolabées et provoque des phénomènes d'étranglement ou de péritonite.

La présence d'un varicocèle aggrave aussi l'épididymite.

Ajoutons qu'il n'est pas rare que l'épididymite se complique de péritonite, restant généralement circonscrite. D'après HOROWITZ (1892), cette péritonite dérive : 1° de la propagation de l'inflammation des vaisseaux du plexus spermatique à l'enveloppe péritonéale du canal déférent, dans le petit bassin ; 2° de l'inflammation de l'ampoule terminale du canal déférent, inflammation qui se propage alors au péritoine de l'espace de Douglas ; 3° de l'inflammation des ganglions lymphatiques du canal déférent. Il se forme alors une tuméfaction douloureuse,

dans le petit bassin, tuméfaction bien circonscrite, que l'on sent au-dessus du ligament de Poupert, au niveau de l'épine iliaque postérieure. J'ai eu l'occasion d'observer un cas de cette espèce. L'*épididymite aboutit* dans l'immense majorité des cas à la *guérison*. Toutefois la restitution ad integrum est relativement rare.

Tous les phénomènes inflammatoires disparaissent, le gonflement diminue, mais la résorption de l'infiltrat est, en règle générale, incomplète. Il persiste en un point de l'épididyme, souvent au niveau de la tête, une nodosité du volume d'un pois quelquefois plus considérable, bien circonscrite, qui importune d'ailleurs fort peu les malades.

Quand une influence défavorable vient peser sur le cours ultérieur de la blennorrhagie, on voit fréquemment se produire une récurrence de l'épididymite.

D'autres fois, au lieu d'une induration noueuse, circonscrite, il persiste un *épaississement diffus*, de la queue ou de la tête de l'épididyme, épaississement que l'on retrouve encore au bout de plusieurs années.

De semblables reliquats de l'épididymite peuvent se rencontrer d'ailleurs dans tous les points qui ont été occupés précédemment par l'inflammation. Pour le canal déférent, c'est la persistance d'un cordon dur et sensible que l'on observe ; pour la cavité vaginale, c'est la formation d'une hydrocèle chronique.

La terminaison par la *suppuration* est heureusement beaucoup plus rare. Quand elle se fait, c'est au moment où l'épididymite atteint son maximum intensif ; il y a généralement alors complication d'hydrocèle et d'eczéma glabre ; il se forme un ou plusieurs abcès qui distendent la peau, puis la rompent ; on observe de la fièvre et des douleurs violentes. Par la brèche qui livre passage au pus grumeleux, on voit souvent s'échapper un filament pelotonné. Quand on déroule ce filament, on le trouve d'une grande longueur. Ce sont les circonvolutions du tube séminifère qui font hernie. S'il n'y a qu'un abcès et que celui-ci vienne à se fermer (la cicatrice est alors déprimée en entonnoir), une partie du parenchyme testiculaire ou épiddymaire peut être conservée. Quand, au contraire, il s'est formé plusieurs foyers purulents, tout le contenu de la bourse malade peut s'éliminer ainsi par effilement.

D'autres fois, à partir du moment où le pus s'est fait jour au dehors, le processus suit une marche chronique. L'orifice de l'abcès ne se ferme pas ; il livre passage pendant très longtemps à un pus grumeleux ; une plus ou moins grande partie des organes scrotaux s'élimine