

par cette voie. La peau s'épaissit, ses plis proéminent davantage; au fond des sillons et des entonnoirs qu'elle forme, se trouvent, dissimulées en quelque sorte, des ouvertures fistuleuses.

Enfin, quand l'épididymite blennorrhagique se greffe sur un organisme taré ou prédisposé, il n'est pas rare de la voir former des candidats à la tuberculose locale, ou donner lieu à des altérations syphilitiques.

La marche et la terminaison de l'*épididymite double* sont les mêmes que lorsque l'affection est simple, unilatérale. Les deux épидидymes s'entreprennent rarement en même temps. C'est généralement lorsque l'une des épидидymites est en voie de rétrocession que l'autre apparaît. Enfin, il n'est pas rare d'observer une recrudescence de l'inflammation du côté primitivement atteint après la guérison de la seconde épидидymite.

Nous nous occuperons à présent d'un point important : des *altérations du sperme* qui résultent de la maladie des organes élaborateurs du sperme et de leurs conduits excréteurs. Ce sont les épидидymites doubles qui se prêtent le mieux à l'étude de ces altérations, car lorsqu'il s'agit d'une épидидymite unilatérale, le sperme trouve la voie libre du côté sain.

Au stade aigu, on peut constater (grâce aux pollutions assez fréquentes à cette époque), que le sperme présente une teinte jaunâtre ou jaune verdâtre. Les taches que l'on trouve sur le linge ont, au centre, la couleur grise, habituelle des taches de sperme, mais présentent à leur périphérie un anneau jaune, purulent, comme celui que laisse le pus. A l'examen microscopique, outre les éléments cellulaires contenus d'ordinaire dans le sperme, on rencontre des corpuscules de pus en plus ou moins grand nombre.

Quand il n'existe qu'une épидидymite unilatérale on y voit de nombreux spermatozoïdes, vivants et bien développés; au cas où l'inflammation est bilatérale, les éléments nécessaires à la fécondation font défaut dès le second ou le troisième jour de la maladie.

Au stade aigu de l'épididymite, l'écoulement blennorrhagique cesse généralement et l'urine est claire; donc le pus qu'on trouve mélangé au sperme ne provient ordinairement pas des voies urinaires (comme on l'observe lors des pollutions qui se présentent au stade aigu de l'urétrite antérieure), mais des voies séminales. (FURBRINGER, 1884.)

Au fur et à mesure que les phénomènes inflammatoires perdent de leur intensité, le sperme devient moins purulent, mais il reste plus

liquide que normalement; les spermatozoïdes sont absents pendant de longs mois. Les malades éprouvent généralement un affaiblissement des facultés viriles (NICAISE, 1881). A la longue, cependant, l'élément fécondant reparait.

Plus graves, parce qu'elles sont souvent définitives, sont les modifications du sperme liées aux infiltrats et aux épaisissements épидидymaires chroniques. Ces indurations de tissu conjonctif qui deviennent de plus en plus épaisses, entourent, en les comprimant, les canaux efférents du testicule. Par le fait, il peut exister une barrière entre le testicule et les conduits vecteurs du sperme. En pratiquant des injections dans ces conduits, GOSSELIN (1853) est arrivé à démontrer que si beaucoup d'oblitérations sont complètes, il en est aussi un bon nombre d'incomplètes, la compression n'ayant amené qu'un rétrécissement de la lumière du canal excréteur. Quand une de ces nodosités fibreuses occupe la tête de l'épididyme, le pronostic (quant à la *potentia generandi*) est encore relativement bon, car la partie moyenne et la queue de l'épididyme peuvent, dans ces conditions, rester encore perméables. Il n'en est pas de même quand la queue de l'organe est elle-même entreprise : l'obstacle est alors le plus souvent infranchissable.

Examinons maintenant ce qui se passe quand un seul épидидyme a été atteint. L'organe congénère, remplissant encore ses fonctions, on pourrait s'attendre à le voir fonctionner d'une façon vicariante. Mais cela n'arrive pas toujours. Tout au moins JULLIEN déclare-t-il que chez les sujets frappés d'une épидидymite unilatérale, on ne constate plus de spermatozoïdes, déjà au stade aigu de cette affection et que, chez les mêmes sujets, après la disparition des phénomènes inflammatoires, on observerait, pendant longtemps encore, une oligospermie très marquée.

En réunissant les 85 cas d'épididymite double observés par GOSSELIN (1853), GODART (1857), LIÉGEOIS (1869) et JULLIEN (1886), on voit que ces auteurs n'ont pu constater le retour des spermatozoïdes que dans 9 cas seulement, les 76 autres ayant abouti à l'aspermatisme. KEHRER (1887) de son côté, a pu retrouver dans 96 cas de mariages stériles, 29 fois de l'azoospermie chez l'homme et 11 fois de l'oligospermie résultant d'épididymite et de funiculite antérieures. FURBRINGER (1890) a encore confirmé ces faits. On n'est pas absolument fixé sur la durée de la stérilité dans ces cas. Ainsi HORAND (1857) a communiqué plusieurs cas d'anciens blennorrhagiens, ayant souffert d'épididymite double et qui n'en étaient pas moins devenus pères de nombreux

enfants. GOSSELIN (1853) a relevé le fait remarquable que dans ces cas d'aspermatisme, le sperme conserve certaines de ses propriétés : consistance, quantité, odeur. Nous nous expliquons mieux cette particularité depuis les recherches de FURBRINGER (1883) sur la composition du liquide sémiral.

La suppuration d'un seul testicule ne retient pas d'une façon durable sur les fonctions de l'autre ; la *potentia generandi* et *cœundi* est généralement conservée. L'abcession des deux testicules implique évidemment l'*impotentia generandi*, sans que la *potentia cœundi* soit pour cela anéantie.

BJÖRKEN (1869) a communiqué le cas d'un jeune homme de vingt-trois ans, qui avait perdu les deux testicules très rapidement à la suite d'une épididymite bilatérale suppurée et qui, après la guérison de ces abcès, pratiquait encore le coït et avait encore des pollutions. De spermatozoaires, il n'en existait naturellement plus dans le liquide éjaculé.

Anatomie pathologique.

La fréquence relativement grande de l'épididymite et son pronostic sérieux, ont fait que cette affection a été de bonne heure l'objet de la sollicitude des cliniciens et des anatomo-pathologistes.

Ce n'est pas à dire qu'on n'ait pas longtemps versé dans l'erreur. Jusqu'au commencement de ce siècle, on plaçait le siège de la maladie dans le testicule lui-même, ainsi que l'indique la dénomination d'« orchite blennorrhagique » encore usuelle aujourd'hui. A ma connaissance, ce fut MONTEGGIA (1804) qui, en faisant une autopsie, constata le premier l'intégrité du testicule dans l'épididymite. Voici du reste ce qu'il avait trouvé dans cette autopsie : la vaginale pariétale et l'albuginée du testicule étaient soudées sur une grande étendue ; là où existait encore, entre ces membranes enflammées et épaissies, un reste de cavité vaginale, on trouvait, dans les parties déclives, un liquide jaune, purulent. Ces membranes enflammées étaient plus intimement unies qu'elles ne le sont à l'état sain. La même chose existait pour les feuillets du dartos, feuillets qui étaient indurés, épaissis, enflammés. A côté de tout cela, les testicules étaient restés normaux et n'étaient même pas augmentés de volume. J'ai eu moi-même l'occasion de constater, dans le prolongement de la vaginale qui s'étend parfois en arrière de l'épididyme, l'existence d'une

cavité remplie d'une matière jaunâtre qui n'était autre, vraisemblablement, que de la lymphe transsudée. En poursuivant l'autopsie, j'ai trouvé la prostate complètement abcédée, formée d'une série de loges purulentes. Le pus de cette prostatite s'était frayé trois issues dans l'urèthre ; deux d'entre elles étaient situées au niveau du veru mentanum, la troisième était placée au voisinage du col vésical. Le pus avait aussi fait irruption en arrière et s'était collecté entre le col de la vessie et le rectum.

GAUSSAIL (1831) a eu l'occasion de faire l'autopsie de deux sujets ayant été atteints d'épididymite.

Dans l'un des cas, l'épididyme a été trouvé d'un volume double de celui qu'il a d'habitude, il était en outre ferme et dur. Le testicule lui-même était deux fois plus gros que normalement. Mais ce gonflement provenait, ainsi que l'incision le démontra, de l'accumulation, entre les feuillets de la vaginale testiculaire, d'une sérosité roussâtre, épaisse, trouble. La tunique albuginée était épaissie, parcourue de ramifications vasculaires. Le parenchyme du testicule ne montrait aucune altération notable.

Dans le second cas, les vésicules séminales étaient gonflées et dures. Les canaux déférents montraient aussi les traces de l'inflammation dont ils avaient été le siège. Les deux épididymes étaient volumineux, d'un rouge vineux ; les testicules avaient conservé leurs dimensions normales. Il existait un épanchement modéré dans la cavité vaginale.

C'est en s'étayant sur ces données anatomiques et sur leurs observations cliniques que ROCHOUX (1833) et RICORD (1838) ont pu dire avec raison : « Pas d'affection blennorrhagique des organes contenus dans les bourses, sans engorgement de l'épididyme. » C'est là une vérité bien reconnue aujourd'hui.

VELPEAU fit en 1854 l'autopsie d'un homme de vingt-deux ans, mort du choléra et qui depuis dix-huit jours était atteint d'épididymite. La tunique vaginale, le testicule, la tête et le corps de l'épididyme avaient conservé leurs caractères anatomiques normaux. Dans la queue de l'organe, il y avait un noyau d'infiltration, gros comme une fève et jaune à la coupe. Les sinuosités inférieures du tube séminifère et l'épididyme étaient dilatés et contenaient du pus. Dans le canal déférent et les vésicules séminales du côté correspondant, il n'y avait pas de spermatozoïdes.

Dans un cas d'épididymite intra-inguinale rapporté par PARIS (1857), la vaginale recouverte de pseudo-membranes était accolée au tes-

ticule. Le testicule paraissait normal, n'était qu'il ne contenait aucun animalcule spermatique et qu'il était atrophié.

GOSSELIN (1853) a pu voir un testicule resté dans l'anneau alors que l'épididyme du même côté, descendu dans les bourses, était considérablement tuméfié et contenait des foyers purulents.

Sur deux cadavres d'individus ayant souffert d'épididymite et nécropsiés par GODART (1856) la vésicule séminale du côté malade avait été trouvée plus petite que sa congénère et ne renfermait, ainsi que le canal déférent qui lui correspondait, aucun spermatozoïde.

L'élément fécondant existait en abondance de l'autre côté.

Très intéressant aussi est le cas communiqué par SCHEPELERN (1871), cas où il s'agissait d'un marin de dix-sept ans, qui, à la suite d'une blennorrhagie qu'il avait prise depuis trois semaines et qui s'était compliquée d'épididymite, eut subitement dans le côté droit des symptômes de péritonite et mourut au bout de trente-six heures.

L'autopsie révéla : une typhlite suivie de la perforation de l'appendice vermiculaire et de la péritonite.

L'urèthre, surtout au voisinage immédiat du col de la vessie, était très hyperémie. Le canal déférent gauche était une demi-fois plus long que le droit, ses vaisseaux étaient dilatés et sinueux, la queue de l'épididyme gauche était gonflée, infiltrée, fibreuse et l'on y voyait, dans sa partie antérieure, un foyer purulent du volume d'un pois. Le reste de l'épididyme était volumineux; le testicule était intact. Dans la cavité vaginale il existait un épanchement modéré; au voisinage de la queue de l'épididyme on voyait un commencement d'inflammation adhésive avec formation de néo-membranes. La séreuse vaginale était épaissie, adhérente aux enveloppes scrotales périphériques, notamment à la partie inférieure de l'enveloppe cutanée. L'examen microscopique révéla un léger catarrhe du canal déférent. Le tissu conjonctif et les parois propres de ce conduit étaient, au voisinage de l'abcès, infiltrés de petites cellules; la texture en était méconnaissable.

Enfin, c'est à ROUGON (1878) que nous sommes redevables des détails intéressants du cas suivant : Un officier d'artillerie, âgé de trente-cinq ans, est transporté mourant à l'hôpital. La peau est froide, couverte de sueur, le visage est crispé, le pouls rapide et filiforme; le malade éprouve une soif inextinguible, présente des vomissements bilieux. Le bas-ventre est tendu, douloureux surtout au niveau de la fosse iliaque droite. Il existe également à droite une épididymite avec hydrocèle aiguë de la vaginale. A l'autopsie on trouve l'abdomen

rempli de gaz; à droite il existe des ecchymoses sous-péritonéales. Au niveau de la fosse iliaque du même côté, le péritoine est recouvert de pseudo-membranes. On peut extraire du petit bassin environ 300 grammes de liquide séro-purulent. Un exsudat de même nature se trouve dans la vaginale droite; la séreuse est injectée et recouverte de quelques pseudo-membranes.

L'épididyme droit est gonflé, rouge, ecchymotique et montre à la coupe des foyers purulents.

Le cordon spermatique droit est épaissi; ses parois sont le siège d'un exsudat.

MALASSEZ et TERILLON (1880) ont complété par leurs recherches les connaissances fournies par toutes ces autopsies. Dans un premier degré d'inflammation épididymaire, ils ont trouvé l'épithélium des canalicules séminaux en état de tuméfaction trouble, dépourvu de cils vibratiles, les autres tuniques étant saines; un deuxième degré se caractérise par l'œdème des parois, qui sont infiltrées de leucocytes; enfin dans un troisième degré, le tissu cellulaire lâche qui englobe les circonvolutions du tube séminifère est lui-même infiltré de globules blancs; le canal déférent est rempli d'un liquide jaune verdâtre, mélangé de pus et de sperme. Les noyaux indurés de l'épididymite ancienne résultent surtout de l'infiltration du tissu conjonctif qui entoure les canaux épididymaires.

Diagnostic, Pronostic.

Le diagnostic se tire déjà des symptômes caractéristiques que nous venons d'énumérer.

Le praticien doit toujours avoir présentes à l'esprit les anomalies de situation et de position du testicule; il s'assurera de la présence des dans les bourses.

Le pronostic est favorable dans la grande majorité des cas. En raison cependant de l'éventualité de la suppuration, de la péritonite, de l'intensité des phénomènes inflammatoires, il faut être quelquefois réservé testicules vis-à-vis des individus débilités ou cachectiques.

Traitement.

Le traitement de l'épididymite à l'inverse de celui de l'urétrite et des autres complications, ne varie guère. C'est le traitement antiphlo-

gistique qui a toujours prévalu ; seulement on l'applique de diverses manières.

On a compris qu'il importait d'abord de combattre le gonflement ou l'accroissement de ce gonflement en comprimant les parties atteintes. Aussi, après le traitement par émissions sanguines locales, traitement si en honneur au commencement de ce siècle (on sait qu'au siècle dernier, toute épididymite était soumise au traitement antisyphilitique), c'est la méthode par compression que nous rencontrons d'abord. La première application de cette méthode est le

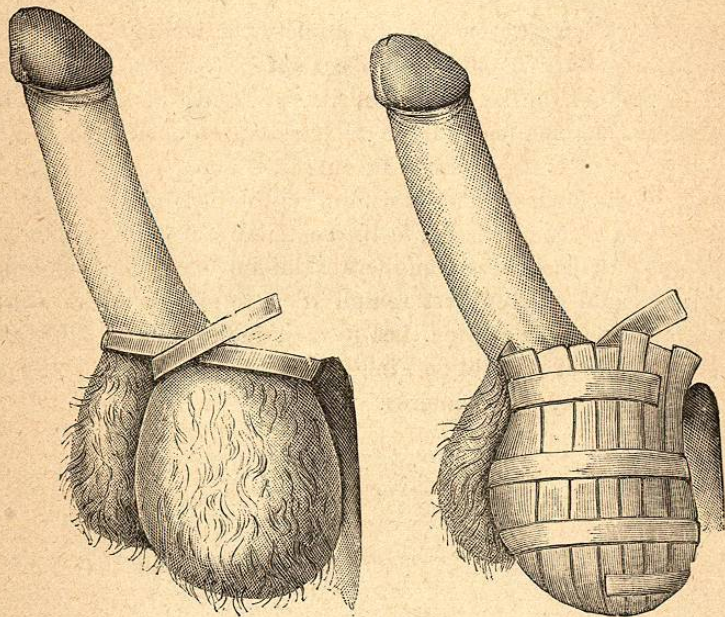


Fig. 34.

bandage de FRICKE (1836) (fig. 34). Dans ce pansement, la compression est faite à l'aide de bandelettes d'emplâtre. Le testicule et l'épididyme du côté du malade sont d'abord séparés des organes congénères par une bandelette d'emplâtre qui resserre assez étroitement la partie supérieure du sac scrotal.

Une série de bandelettes, ayant la largeur du doigt, s'imbriquent dans le sens de la longueur de la bourse correspondante, se croisent au pôle inférieur et constitue ainsi une sorte de carapace de diachylon. Ce pansement est assujéti par deux ou trois bandelettes circulaires.

Le bandage de FRICKE a été employé à la période aiguë de l'épididymite. Ceux qui s'en servent encore aujourd'hui, le réservent pour une période plus avancée de la maladie, quand la résorption de l'infiltrat tarde à se faire. Malheureusement, appliqué trop exactement, il provoque des douleurs ou amène l'atrophie du testicule ; quand il n'est pas bien mis, il n'agit pas. Il faut en outre le changer souvent, ce qui ne se fait pas sans inconvénient, car les bandelettes

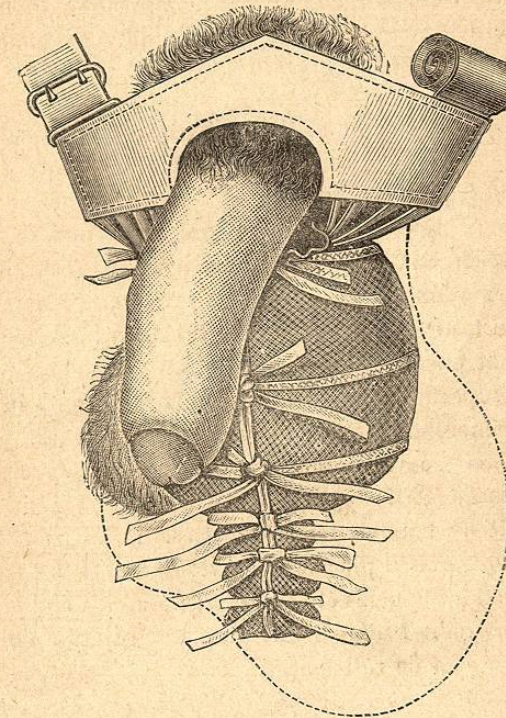


Fig. 35.

adhèrent fortement aux poils du scrotum. Le bandage de WHITE (1880) est calqué sur celui de FRICKE. Le suspensoir compressif de MILANO est basé sur le même principe, mais n'a pas un effet aussi énergique. C'est (fig. 35) une bourse faite de tissus tricoté, destinée à une moitié du scrotum et munie de cordons qui permettent de la rétrécir et d'exercer une compression modérée sur le testicule et l'épididyme.

Une série de badigeonnages faits sur le scrotum agissent aussi par compression. Ces topiques, des irritants ou des caustiques, provoquent