

surface de section en est uniforme et les tubes séminifères ne s'y dessinent que vaguement; lorsqu'on les pince on les déroule encore, mais ils sont si grêles qu'on ne tarde pas à les rompre. D'après l'examen que Malassez a fait de nos pièces, le tissu intercanaliculaire contient des cellules jeunes et nombreuses, mais l'épaisseur n'en était guère augmentée. Pour Monod et Terrillon, le processus inflammatoire y serait actif; « des cellules fusiformes se déposent autour des tubes en couches concentriques et finissent par combler les espaces libres qu'ils laissent entre eux. » Les tubes sont diminués de volume et leur diamètre total, paroi et cavité, au lieu de varier comme à l'état normal de 150 à 200 μ , oscille entre 60 et 120. La paroi externe est cependant intacte, les altérations portent sur l'interne, dont le développement anormal s'est effectué aux dépens de la lumière du canalicule rempli par cette membrane plissée en circonvolutions; aussi l'épithélium a-t-il disparu, la cavité s'est oblitérée et les tubes sont transformés en cordons pleins. Ces altérations respectent le *rete* et le canal épидидymaire que nos injections nous ont montré perméable. D'après Malassez et nous, l'orchite atrophique est surtout *tubulaire*; elle serait *tubulaire* et *interstitielle* d'après les recherches de Monod.

Le traumatisme provoque d'abord une douleur aiguë, accablante et souvent si intense que le malade tombe en syncope; il pourrait même en mourir et Curling raconte qu'un individu, saisi par les bourses pendant une rixe, fut pris de convulsion et succomba. La mort n'arriva qu'au bout de quelques heures chez un homme observé par Fischer, et dont le scrotum avait été saisi entre les mâchoires d'un cheval. Les bourses se tuméfient, l'augmentation de volume ne porte d'abord que sur le testicule, fait capital et qui distingue cette orchite de l'orchite blennorrhagique, mais l'épididyme se prend aussi et un épanchement léger ou abondant va distendre la vaginale. La douleur, irradiée le long du cordon et qui peut retentir jusqu'au rein ou à la racine des cuisses, disparaît et ne se réveille qu'à propos d'un mouvement ou d'une pression sur les bourses. Peu à peu la tuméfaction diminue et cette orchite serait sans grande importance, n'était la fréquence de l'atrophie consécutive, n'était encore la dégénérescence tuberculeuse qui peut lui succéder et dont tous les cliniciens ont vu des exemples.

La luxation du testicule et l'ectopie acquise sont exceptionnelles; mais leur existence ne saurait être mise en doute. Ectopie acquise n'est pas synonyme de luxation; il y a ectopie lorsque le testicule est refoulé par le traumatisme dans un des points où se rencontre la glande en état de migration incomplète; il y a luxation lorsqu'elle se place en un point plus ou moins éloigné de son trajet normal. La luxation, eu égard à son siège, correspond, on le voit, aux ectopies congénitales à migration défectueuse.

La luxation a eu pour cause, dans les deux observations qu'on possède, le passage d'une roue sur les organes génitaux. Le premier cas est dû à Hess (1); un homme est renversé par une voiture; on trouve la bourse droite vide et, sur la face interne de la gauche, à la hauteur du scrotum, au-dessous du pli de l'aine, saille une tumeur mobile, très douloureuse, le testicule ectopie qu'on peut, quatre jours après l'accident, réduire dans le scrotum. Le second est de Bruns (2): un homme est aussi renversé par une voiture; au bout de quatre

(1) HESS, *Correspondenzblatt für schweizer Aerzte*, 1874, n° 21.

(2) BRUNS, *Mittheil. aus der chir. Klin. zu Tübingen*, 1885-1884, t. I, p. 485.

semaines, le sac scrotal est vide et la glande se trouve sur la peau du pubis, au-dessus de la racine de la verge; la réduction ne fut pas possible; du reste, le malade ne paraissait pas souffrir de ce déplacement. Une ancienne observation trop laconique de J. Wolfrin est citée par Godard: « Un homme âgé de soixante-six ans eut les testicules repoussés jusqu'à l'os pubis par un coup violent. »

L'ectopie acquise, nommée encore *ectopie en retour* (1), peut être produite par une contraction du crémaster ou bien par un traumatisme; on cite un cas de Godard, où la réascension du testicule se serait faite à dix ans sans cause appréciable; les exemples du premier groupe sont connus; certains individus peuvent, par la simple mise en jeu de leur érythoïde, remonter leurs glandes jusqu'à l'anneau; mais celles-ci ne redescendent pas toujours et l'ectopie est constituée; parfois l'affection n'est que passagère: Kocher parle d'un adulte dont les testicules, au cours d'un coït interrompu par une peur subite, remontèrent à l'anneau, s'y cantonnèrent cinq mois, puis regagnèrent le fond du scrotum; Saint-Germain a vu le même accident chez deux enfants de neuf et dix ans disparaître spontanément, dans l'un des deux cas, au bout de deux mois et demi. Les ectopies traumatiques ont été observées à la suite d'un coup de pied par Salmuth, d'un heurt sur le pommeau de la selle par Schenkens.

L'ectopie présente deux variétés anatomiques: tantôt la glande remonte jusqu'à l'anneau externe sans le franchir et tantôt elle le dépasse, pénètre dans le trajet et même dans le ventre. Les faits de la première catégorie paraissent paradoxaux, et l'on ne comprend guère comment le testicule, sans points d'appui, reste suspendu au niveau de l'orifice externe; les cas en sont pourtant authentiques, et Terrillon (2) a vu un homme de quarante-cinq ans qui avait toujours eu les deux testicules dans les bourses: il veut soulever une barre de fer et ressent une souffrance atroce. Le testicule remonte dans l'aine où il reste; au bout de trois semaines, les douleurs étaient encore telles que la castration fut acceptée. Il est probable que l'orchite provoque des adhérences avec les parties voisines, et l'ectopie se maintient.

L'ectopie inguinale ou pelvienne se produit après une contraction brusque du crémaster — « un excès de coït » la provoqua dans un cas de Salmuth — ou après les violences extérieures énumérées plus haut. Les observations prouvent qu'il ne s'agirait pas là d'un accident négligeable; l'enfant de Salmuth « reçoit un coup de pied dans un testicule, la glande rentre dans l'aine, la fièvre survient et l'enfant succombe ». Dans le fait de Schenkens, « un homme, étant à cheval, a le testicule gauche repoussé dans l'aine par le pommeau de la selle; il lui fut impossible de faire redescendre la glande »; on l'opère, il meurt, et l'autopsie montre le testicule sous le péritoine, adhérent aux muscles profonds de l'abdomen.

Hamilton (3) donne une observation remarquable. Un soldat, pendant un exercice d'équitation, est pris d'une douleur vive dans l'aine droite; on y trouve une tumeur ovale sensible à la pression et qui ne pouvait être que le testicule; la bourse correspondante est déshabillée. On essaie de réduire, mais en vain; l'ascension s'accroît même et le malade s'étant penché brusquement vers le côté gauche en allant à la garde-robe, la glande rentre dans l'abdomen. On maintient le soldat au lit, et la douleur se calme. Quelque temps après, à la

(1) FOVILLE, De l'ectopie en retour. Thèse de Paris, 1890.

(2) TERRILLON, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1885, p. 250.

(3) HAMILTON, analysé dans le *Journal de Lucas-Championnière*, 1885, art. 12968, p. 521.

suite d'un effort violent, le testicule reparut à l'anneau, mais il ne tarda pas à remonter pour disparaître. L'anneau inguinal est accessible, on peut passer le doigt dans le canal, mais la toux ne provoque aucune impulsion; il n'y a pas de tendance à la hernie.

L'ectopie en retour ne semble survenir que chez des enfants dont la glande, mal descendue, n'atteint pas le fond des bourses; cette migration incomplète s'accompagne sans doute d'une perméabilité du canal péritonéo-vaginal, qui facilite la réascension du testicule. Il devait en être ainsi chez l'enfant dont parle Godard; vers dix ans, la glande remonta dans le canal et y demeura. Peut-être, dit Foville, constatera-t-on quelques causes adjuvantes, une puissance plus grande du crémaster, une insuffisance de fixation des testicules au fond des bourses. Parfois l'accident est temporaire et provoque ce que Gérard Marchand appelle la *colique testiculaire*. Une douleur brusque éclate dans la région inguinale, et telle que le malade se courbe en deux pour relâcher les muscles abdominaux et décompresser la glande; puis les souffrances cessent jusqu'à ce qu'une attaque nouvelle éclate dans les mêmes conditions. Le testicule, une fois la crise passée, est rarement au fond des bourses, et si l'on vient à le toucher, le malade pousse des cris « témoignant et du siège de ces douleurs et de leur cause ».

Traitement des traumatismes. — La thérapeutique des piqûres est nulle; une bonne asepsie suffit: de même des coupures; si le testicule est sain, la guérison sera rapide, qu'on abandonne la plaie à elle-même ou qu'on y mette un ou deux points de suture. Pour les plaies contuses, il faudrait que les lèvres en fussent bien meurtries, que le sphacèle fût bien imminent pour ne pas tenter la réunion immédiate après un lavage soigné; il faudrait que la contusion de la glande fût bien profonde, le testicule irrémédiablement perdu pour n'en pas tenter la réduction. Ces plaies guérissent bien; dans les guerres prochaines, les statistiques accuseront moins de castrations, et celles-ci, lorsqu'on les aura jugées nécessaires, n'entraîneront pas une mortalité de 18 pour 100, proportion que constate Otis dans ses relevés de la guerre de Sécession. Les névralgies aussi seront moins nombreuses. Pour les contusions, le traitement se meut dans des limites étroites: les symptômes sont ceux d'une orchite, et nous verrons comment on combat ces inflammations. Pour les ectopies acquises et les luxations, peu de chose à faire. Au début, dans la période inflammatoire, on immobilisera la région, recouverte de compresses; plus tard, on essaiera de massages légers et le testicule réduit sera maintenu par un bandage; si ces manœuvres restaient sans résultat, on aurait recours à l'opération sanglante, à la libération et à l'orchidopexie ou à la castration.

III

INFLAMMATIONS

Les *inflammations* présentent un grand nombre de variétés qu'on peut diviser en deux classes: les inflammations *aiguës* et les inflammations *chroniques*. Les premières comprennent trois groupes étiologiques: les inflammations *trauma-*

tiques, les inflammations d'*origine uréthrale* et les inflammations *infectieuses*. Enfin, chacun de ces trois groupes se segmente à son tour: les traumatiques se partagent entre les orchites consécutives à un *choc direct* et les orchites dites *par effort*; les inflammations uréthrales renferment les orchite-épididymites *blennorragiques* et les orchite-épididymites *par manœuvre sur l'urèthre*. Quant aux orchites infectieuses et diathésiques, les espèces s'en accroissent tous les jours, et nous signalerons les *paludéennes*, *ourliennes*, *grippales*, *amygdaliennes*, *varioliques*, *scarlatineuses*, *rhumatismales*, *goutteuses* et *typhiques*.

Orchites aiguës.	Traumatiques ..	par choc direct.
		par effort.
	Uréthrales . . .	blennorragiques.
par manœuvres sur le canal.		
Infectieuses et diathésiques.	paludéennes.	
	ourliennes.	
	grippales.	
	amygdaliennes.	
	varioliques.	
	scarlatineuses.	
	rhumatismales.	
goutteuses.		
typhiques.		

1° ORCHITES TRAUMATIQUES

a. — ORCHITES PAR CHOC DIRECT

Cette variété est rare, et son histoire se confond un peu avec celle des contusions. Elle n'a été étudiée que dans la seconde moitié de ce siècle. On la confondait avec l'épididymite blennorragique, et le malade, pour expliquer le gonflement des bourses, trouvait toujours un heurt, un froissement quelconque dont le chirurgien acceptait l'influence; il n'était pas jusqu'aux formes aiguës de la tuberculose génitale qui ne fussent mises sur le compte du traumatisme. Le départ n'a été fait que lorsque le domaine de l'uréthrite virulente a été mieux délimité. Encore ne savait-on pas grand'chose sur l'évolution de l'orchite traumatique; si A. Cooper avait vu combien souvent l'atrophie lui succède, plus tard, seulement, Vidal de Cassis et Velpeau reconnaissent la singulière immunité de l'épididyme qui conserve presque toujours son volume normal, tandis que le testicule fond pour ainsi dire. En 1876, Malassez et nous avons étudié le processus de ces atrophies; enfin, à partir de 1880, Monod et Terrillon, dans une série de mémoires, suivent pas à pas les modifications anatomopathologiques de l'organe, depuis le moment où il a subi le traumatisme jusqu'à celui où, l'orchite terminée, le processus ultérieur a étouffé les tubes séminifères.

PAUL RECLUS, De l'orchite chronique dans ses rapports avec la tuberculose testiculaire. Thèse de doct., 1876, p. 20. — CH. RÉMY, Note histologique sur un cas d'orchite interstitielle traumatique. *Journal de l'anat. et de la phys.* Paris, 1880, t. XVI, p. 170. — TERRILLON, De la contusion du testicule et de ses conséquences. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1881, nouv. série, t. VII, p. 685. — MONOD et TERRILLON, De la contusion du testicule et de ses conséquences. *Arch. gén. de méd.*, 1881, t. II, p. 451. — COUTAN, Contribution à l'étude de l'inflammation du testicule et de l'épididyme consécutive aux contusions de ces organes. Thèse de Paris, 1881. — ESGUIRA, De l'orchite traumatique avec atrophie consécutive. Thèse de Montpellier, 1884. — MOLLIERE et AUGAGNEUR, art. TESTICULE du *Dict. encycl. des sciences méd.*, 1886, 5^e série, t. XVI, p. 566. — FAITOUT, *Gaz. des hôp.*, 1896. — MACAIGNE et

VANVERTS, Étiologie et pathogénie des orché-épididymites aiguës. *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, août 1896.

Ses causes sont celles de la contusion; pour qu'agisse la violence extérieure, il faut que la glande ne puisse fuir devant l'objet qui la frappe. Certains traumatismes réalisent cette condition: la chute à califourchon, le heurt des organes génitaux contre le pommeau de la selle, les coups de pied d'homme, d'âne ou de cheval: les testicules sont pressés entre le corps extérieur et les cuisses rapprochées ou le pubis qui les empêchent de se dérober. Parfois le testicule est pris à pleine main et serré, ou comprimé par les deux cuisses qui se rapprochent brusquement, toutes causes qui peuvent produire une contusion faible ou forte. Un heurt léger allumera parfois une inflammation plus intense qu'une violence considérable; le jeune âge, l'adolescence jouent peut-être un rôle dans la susceptibilité de la glande, et Monod et Terrillon se demandent si l'atrophie qui succède aux contusions du testicule chez les enfants n'est pas due à ce que, chez eux, ces contusions se compliquent plus sûrement d'orchite. La fonte du testicule serait plus fréquente à cet âge, non parce que la glande est plus prédisposée à l'atrophie, mais parce qu'elle est plus sujette à l'orchite. Quant à la pathogénie de cette inflammation glandulaire, elle n'est pas connue. Nous admettons, sans preuve absolue, il est vrai, que toute inflammation doit être considérée comme microbienne. Y a-t-il dans l'urèthre et les canaux spermiques un orchicoque, germe saprophyte préposé à cette phlogose, et qui la provoquerait lorsque le traumatisme a mis le testicule en état de moindre résistance? C'est là l'hypothèse d'Eraud et Hugonencq, qui admettraient volontiers l'unité spécifique de l'orchite.

Nous connaissons déjà les lésions immédiates, les trois degrés de la contusion. Lorsque l'inflammation se déclare, la glande grossit, et cette augmentation de volume est due au testicule lui-même, à l'épididyme et à la tunique vaginale qui se laisse distendre par de la sérosité mêlée au sang, et des exsudats fibrineux dont le réticulum s'étend d'un feuillet à l'autre. Grâce à une erreur de diagnostic, j'ai pu examiner un malade de vingt-cinq ans qui reçut un choc violent dans la bourse droite. Le testicule est gros, l'albuginée, bleue, emprunte cette coloration à la multiplicité des vaisseaux qui la parcourent et qui présentent deux plans distincts: un profond, à canaux larges et foncés; un superficiel, ténu, dont les arborisations roulent un sang de teinte rouge qui contraste avec la nuance sombre du réseau profond. La vascularisation est surtout abondante aux points où la séreuse se réfléchit pour passer sur l'épididyme; vers la queue de cet organe il existe un véritable chémosis. Si au premier abord, le feuillet pariétal de la vaginale paraît moins congestionné, c'est que les arborisations en sont voilées par une fausse membrane fibrineuse, d'une épaisseur de 1/2 millimètre. L'épididyme rouge, turgescent, semblable à une sangsue gorgée, recouvre une partie du testicule.

D'après Monod et Terrillon, c'est dans la glande, sous l'albuginée, que les vaisseaux se dilatent surtout autour des caillots qui semblent agir comme épine; le tissu intertubulaire s'œdématisé, et l'on constate la prolifération des cellules fixes et l'apport par diapédèse de nombreux éléments embryonnaires. En même temps les cellules des tubes séminifères se troublent, se multiplient, et obstruent d'autant plus la lumière du canal que la tunique interne s'hypertrophie. Nous avons décrit cette orchite, aussi bien interstitielle que parenchymateuse,

ce double mouvement de prolifération qui porte à la fois sur les éléments intra et extra-tubulaires; nous n'y reviendrons pas, pas plus que sur l'atrophie consécutive. On prétend qu'elle peut être limitée à certaines portions de la glande, dure et fibreuse en un point, plus élastique en d'autres; jamais nous n'avons constaté, dans les atrophies traumatiques, cette irrégularité, de règle au contraire dans les dégénérescences syphilitiques.

L'épididyme n'échappe pas à la contusion et à l'inflammation consécutive: Monod et Terrillon ont décrit des extravasats sanguins, de petits caillots qui séparent les flexuosités de son conduit unique; ils ont vu se produire la prolifération interstitielle et intra-tubulaire. Mais ces phénomènes n'acquiescent pas la même gravité que dans l'autre partie de la glande: on ne constate pas l'atrophie de l'épididyme, et nos autopsies ne nous ont jamais montré l'imperméabilité du conduit. L'atrophie est la terminaison la plus fréquente; la résolution, outre qu'elle est rare, a pour caractère de rendre aux tissus leur structure primitive. Quant à la suppuration, elle devient de plus en plus exceptionnelle, maintenant qu'on sait mieux dépister la tuberculose; toutefois, chez les affaiblis, on l'a vue succéder à une orchite traumatique. N'avons-nous pas signalé le cas de Gosselin et Charles Rémy?

Aux signes de la contusion: douleur accablante, syncopale, avec irradiation vers le cordon, la région rénale, la racine des cuisses, s'ajoutent bientôt les signes de l'inflammation: la souffrance qui s'était apaisée reparait mais plus sourde, comme voilée, et ne se réveille avec son intensité primitive que lorsqu'on presse la glande; celle-ci, mal appréciable sous les bourses œdématisées, est plus grosse; l'épididyme participe à cet accroissement de volume et la vaginale contient un peu de sérosité; la réaction générale est légère; les vomissements observés parfois au début sont calmés; pas de fièvre, et l'orchite traumatique serait la plus bénigne des affections s'il n'y avait à redouter l'atrophie, perte irréparable dans les cas où l'inflammation est bilatérale: l'infécondité est alors fatale; si le coït est encore possible, le liquide qu'il épanche ne contient pas d'animalcules; le sujet peut prendre alors tous les caractères du féminisme. Le moignon n'est pas toujours indolore, et parfois de vives souffrances se déclarent par accès. Si le patient a échappé à la suppuration, à l'atrophie, aux névralgies testiculaires, tous les dangers ne sont pas conjurés, et l'on cite des cas où la tuberculose envahit la glande.

b. — ORCHITE PAR EFFORT.

Velpeau l'avait admise et, pour lui, tout effort violent peut avoir pour conséquence l'apparition d'une orchite. Roux et Nélaton partagèrent son opinion et un temps on put croire au triomphe définitif de cette variété. Mais en 1876, Duplay la soumit à une critique fort vive: pour lui comme pour son élève Delome qui, en 1877, publiait sa thèse sur « l'orché-épididymite prétendue par effort », cette inflammation de la glande aurait comme origine une lésion méconnue du canal, une uréthrite profonde, un état subinflammatoire du col vésical ou de la prostate, une cystite latente, un excès de coït, la masturbation, une continence trop austère, des érections prolongées sans éjaculation. Que dans l'un de ces états se fasse un effort petit ou grand, il deviendra responsable

de l'orchite, que légitime cependant à elle toute seule la congestion de l'urèthre ou de la vessie.

L'orchite par effort semblait compromise, mais, comme les cliniciens remarquaient çà et là des faits qui lui étaient favorables, on n'osait en nier complètement l'existence; dans son *Traité de pathologie*, Duplay revenant sur ce que son affirmation et surtout celle de Delome avaient de trop radical, dit « qu'il ne faudrait pas formuler de conclusion trop absolue : on possède un petit nombre de faits bien observés, dans lesquels une orchite paraît avoir réellement succédé à un violent effort ». Depuis, Schwartz, Monod et Terrillon, Macaigne et Vanverts acceptent l'existence de cette variété; Castex (1) en signale un cas intéressant. A cette heure, l'orchite par effort triomphe de ses détracteurs et, pour notre part, nous en avons rencontré, rarement il est vrai, des exemples incontestables. Nous ne saurions affirmer que, dans les commémoratifs des deux malades auxquels nous faisons allusion, ne se trouvent quelques-unes des conditions invoquées par Delome — excès de coït ou continence, érection sans éjaculation, masturbation, — mais si ces causes sont suffisantes pour que l'orchite apparaisse, qui donc, un jour ou l'autre, ne finirait pas par en être atteint?

L'effort admis, il s'agit de déterminer son mode d'action. Les fibres les plus externes du grand droit de l'abdomen s'insèrent sur la crête iliaque en formant une anse sur laquelle passent les éléments du cordon spermatique. Dans les efforts, dit Velpeau, le grand droit se contracte, ces fibres se redressent et compriment le cordon sur les faisceaux aponévrotiques de l'anneau; ce traumatisme irrite le canal déférent dont l'inflammation gagne l'épididyme et le testicule. Tillaux invoque la contraction du crémaster; la glande soulevée heurte le pubis, et l'orchite par effort n'est qu'une variété de l'orchite par contusion. Terrillon (2) complète cette pathogénie : le testicule entraîné par le crémaster ne vient pas s'écraser contre le pubis, mais plutôt s'étrangler dans le pédicule des bourses; trop à l'étroit il s'y enflamme et l'auteur cite le cas d'un homme qui, en soulevant une barre de fer, ressent une douleur syncopale dans la glande gauche; celle-ci s'enflamme, reste fixée à la racine des bourses et s'atrophie. Pour Guelliot (3), la contraction du crémaster agit, mais en provoquant la rupture d'une veine, surtout lorsqu'il y a varicocèle concomitant; ce « coup de fouet » aurait pour conséquence un épanchement sanguin qui, accumulé autour de l'épididyme, simulerait une épididymite. Quant à l'inflammation vraie, elle ne saurait éclater sans un état subinflammatoire latent des organes profonds, ce qui fait revivre l'ancienne doctrine de Duplay.

Chacune de ces hypothèses répond peut-être à quelque fait particulier; nous admettrions l'action du crémaster sans oser affirmer que c'est contre le pubis ou dans le pédicule scrotal que le testicule s'étrangle. Mais il demeure établi que parfois des malades atteints d'orchite font remonter son apparition au moment précis où ils se sont livrés à un effort; la glande était normale, indolore, lorsqu'en soulevant un fardeau, une sorte de craquement est perçu, une douleur syncopale, et l'on voit se dérouler les symptômes d'une orchite traumatique. Nous ne reviendrons pas sur ce tableau clinique : les phénomènes inflammatoires s'apaisent vite, mais, comme dans toute orchite consécutive à une violence,

(1) CASTEX, De l'orchite par effort. *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1891, p. 560.

(2) TERRILLON, De l'orchite par effort. *Ann. des mal. des voies génito-urinaires*, 1885, p. 250.

(3) GUELLIOT, Pseudo-orchite par effort, coup de fouet du cordon. *Union méd. et scient. du Nord-Est*, juillet 1889.

L'atrophie est une terminaison possible que Terrillon a observée dans le cas résumé plus haut.

2^e ORCHITES D'ORIGINE URÉTHRALE

La plus fréquente des variétés, celle qui l'emporte sur toutes les autres espèces, est consécutive à la blennorragie. C'est « la chaudepisse tombée dans les bourses ». Celle qui succède aux traumatismes du canal et aux inflammations non virulentes de l'urèthre, est plus rare.

a. — ORCHITE BLENNORRAGIQUE

Ce nom est inexact, car orchite signifie inflammation du testicule, et celui-ci est plus rarement et moins gravement atteint que l'épididyme; le mot *orchididymite* est meilleur, mais incomplet, puisqu'il ne vise pas les altérations de la vaginale. A ces dénominations, à celles de *tumeur vénérienne des bourses*, de *testicules vénériens* qui prêteraient à confusion, de *gonorrhée tombée dans les bourses*, de *didymite*, de *vaginite blennorragique*, de *blennocèle* et de *tumeur blennorragique des bourses*, nous préférons celle de *testicule blennorragique* proposée par Mollière et Augagneur; elle aurait l'avantage de mettre quelque symétrie dans la nomenclature des affections de la glande spermatique.

Historique. — A la fin du siècle dernier, on confondait toutes les inflammations aiguës de la glande. Pouvait-il en être autrement lorsqu'on croyait à l'unité d'origine de la gonorrhée et de la syphilis? C'est grâce aux travaux des médecins non identistes, Balfour, Swediaur, Hernandez, que l'orchite blennorragique se dégage; Benjamin Bell établit sur une base solide les idées encore flottantes; l'orchite qui dérive de la gonorrhée doit être séparée du sarcocèle qu'engendre la vérole. Petit-Radel, Astley Cooper, Dupuytren insistent sur ce diagnostic auquel nous ne songeons plus guère. N'oublions pas cependant que, en 1851, Boyer le père et, en 1840, Boyer le fils ne distinguent les deux affections que par des signes bien incomplets ou bien trompeurs et que, en 1845, M. de Castelnau, médecin de quelque marque, ose réunir dans un même tableau l'orchite de la syphilis et l'épididymite de la chaudepisse. Mais c'est vraiment un attardé, car en 1855 avait paru le mémoire de Rochoux qui montrait le rôle de la vaginale dans la maladie « appelée improprement orchite blennorragique »; enfin, Ricord et ses élèves amassaient les matériaux qui font du testicule blennorragique l'affection la mieux connue de la glande.

Parmi les travaux innombrables publiés sur l'orchididymite blennorragique, nous ne citerons que :

Rochoux, Du siège et de la nature de la maladie appelée improprement orchite blennorragique. *Arch. gén. de méd.*, 1855, t. II. — AUGUSTE BÉRARD, Des divers engorgements du testicule. Thèse d'agrég. de chir. Paris, 1854. — MARC D'ÉPINE, Mémoire sur l'orchite blennorragique. *Bull. de la Soc. méd. d'observation*, 1856, t. I. — AUBRY, Recherches sur l'épididymite blennorragique. *Archives génér. de méd.*, 1841. — SOULÉ, Réflexions sur les orchites. *Journal de méd. de Bordeaux*, 1840, p. 677. — RICORD, Note à Hunter. *Traité de la maladie vénérienne*, 1845 et 1859. — GOSSELIN, Mémoires sur les oblitérations des voies spermaticques. *Arch. gén. de méd.*, t. XIV-XV, 1847. — VIDAL DE CASSIS, Orchite blennorragique, ses